

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Mehmed KAPANDJI

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

NE LE 4 AOÛT 1903

A. ALONCER

**LE TRAITEMENT DES FISTULES
A L'ANUS PAR L'EXCISION
SUIVIE
DE SUTURE COMPLÈTE IMMÉDIATE**

Président : M. LENORMANT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

—
1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Mehmed KAPANDJI

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

**LE TRAITEMENT DES FISTULES
A L'ANUS PAR L'EXCISION
SUIVIE
DE SUTURE COMPLÈTE IMMÉDIATE**

Président : M. LENORMANT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1935

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) ... Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY..... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI .. Neurologie et Psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET... Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE ... Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÈNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 J. BEZANÇON... Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ..		BROCQ.....	
AUBERTIN		CADENAT.....	
BRULÉ		GATELLIER	
CHABROL.....		HEITZ-BOYER ..	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR.....		SCHWARTZ	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLERY- RADOT			
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
GUÉNIOT			
LE LORIER.....			
LÉVY-SOLAL			
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
FREY	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

*Leurs vies de labeur seront pour nous
un modèle et un guide exemplaire.*

A MA MÈRE

*Dont l'amour et la foi nous ont toujours
soutenu.*

A MON FRÈRE

Qui fut pour nous un véritable père.

A MA FEMME ET A MES ENFANTS

Avec ma profonde affection.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CH. LENORMANT

*Pour le grand honneur qu'il nous fait
en acceptant la présidence de cette thèse.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Entreprendre une Thèse, sur le traitement des fistules à l'anus paraît, de prime abord, dénué de tout intérêt. Cependant, cette affection, si banale, mais comme tout ce qui touche de loin ou de près la sphère urogénitale, si pénible moralement et physiquement pour ceux qui en sont porteurs, ne mérite pas qu'on la relègue au second plan. Pourquoi faut-il que pour la majorité des chirurgiens, fistule à l'anus et mise à plat, soient presque synonymes ?

C'est par notre Maître le Docteur Madier, il y a déjà deux ans que, pour la première fois, nous avons vu cette affection traitée par une méthode qui nous a tout de suite séduit.

Nous saisissons cette occasion pour le remercier de sa grande bienveillance, de toute son attentive sollicitude, des grands enseignements tant cliniques que techniques dont il a su nous faire profiter.

Nous le remercions aussi de nous avoir gardé la primeur de ses 43 belles observations.

A la fin des études médicales, il est dans les mœurs universitaires, de citer ses patrons dans les premières pages de sa Thèse, avec quelques mots rituels pour chacun d'eux. Nous n'aurions pas voulu nous soumettre à ce rite, parce qu'il y a des sentiments reconnaissants qu'on ne peut arriver à traduire par quelques mots. Mais, où aurions-nous pu retrouver l'occasion et la place de les réunir, si ce n'est ici.

Pendant nos années d'Externats, nous avons pu ; auprès des Maîtres tels que les Docteurs Aviragnet, Cathala, Guimbellot, Girode, Lardennois, Le Mée, les Professeurs, Lenormant et Sébilleau, nous initier à diverses branches de la médecine. Nous nous sommes décidé, sur le tard, poussé par notre

goût pour la chirurgie, à nous présenter au Concours de l'Internat. Dans cette formation qui compte parmi ses Membres les plus Grands Maîtres du Passé, du Présent et de l'Avenir, nous avons rencontré des Camarades et des Amis. A tous, ceux des bons et des mauvais jours, nous adressons, nos remerciements pour leur cordialité.

C'est pendant nos années d'Internat, que nous avons eu le grand honneur de travailler aux côtés des Maîtres tels que le Professeur Agrégé Alglave à Beaujon, le Docteur Sauvé à Lariboisière, le Docteur Picot à Saint-Louis, le Professeur Agrégé Lardennois aux Ménages, le Docteur Guimbellot à Beaujon enfin le Docteur Gouverneur à Saint-Louis. Nous avons eu la bonne fortune de rencontrer M. le Docteur Madier aux Ménages.

Nous leur devons notre formation chirurgicale. Nous avons trouvé auprès d'eux un enseignement de tous les instants qui fait honneur à la réputation de l'Ecole Française. A M. le Professeur Agrégé Lardennois, à M. le Docteur Sauvé, Chirurgien des Hôpitaux, à M. le Docteur Madier Chirurgien des Hôpitaux qui en maintes circonstances, nous ont prodigué des marques d'affections, il nous est agréable de dire notre reconnaissance et notre respectueux attachement.

Pendant nos gardes, c'est grâce à l'enseignement de Chirurgiens des Hôpitaux, éprouvés, tels que les Docteurs J. Braine, R. Bloch, R. Bernard, Charrier, Fèvre, R. Leibovici, Ménégaud, Soupault, Thalheimer, Wilmoth, que nous devons d'avoir appris l'immense intérêt et les difficultés de la Chirurgie d'urgence ; qu'ils veuillent bien nous croire très reconnaissant.

Nous avons eu la chance d'avoir été attaché au Centre de la Transfusion Sanguine d'Urgence et pendant nos quatre années d'Internat, d'effectuer plus d'un millier de transfusions en face de cas multiples et variés ; nous avons pu nous familiariser avec cette branche pleine d'avenir, dont le Docteur Tzanek, médecin des Hôpitaux, est l'illustre représentant en France. Qu'il veuille trouver, encore une fois ici, l'expression de notre profonde gratitude.

On ne passe pas les plus belles années de sa vie, dans la

préparation des concours et dans les Hôpitaux, sans se créer des amitiés. Que le Docteur Caroli, Médecin des Hôpitaux, le Docteur R. Couvelaire, Prosecteur à la Faculté, qui furent nos conférenciers et qui restent nos Amis, le Docteur Ch. Rémix-Martin, Professeur Suppléant d'Anatomie à Angers, les Docteurs F. Buvat, J. Enriquez, Fabiato, J. Farah, Jubé, A. Gross, J. Hassid et Nechet Nadji ainsi que mes plus parfaits anciens collègues directs Chomet et Pourquoié, croient toujours en notre sincère, fidèle et durable amitié.

Voici le plan adopté pour la rédaction de ce travail :

Après un rapide historique, nous exposerons la Technique que nous défendons, puis l'exposé des 43 observations qui en constituent la base.

Nous tâcherons d'en tirer des déductions anatomo-pathologique, étiologique et statistique.

Ceci nous permettra de poser les indications opératoires.

Nous terminerons enfin, en passant en revue, les méthodes proposées pour la cure des fistules à l'anús et nous les comparerons à celle que nous préférons.

PREMIER CHAPITRE

HISTORIQUE

C'est à Chassaignac que reviendrait le mérite d'avoir tenté le premier, l'excision et la suture immédiate complète sans drainage des fistules anales. Ce fut, ainsi qu'il le raconte dans ses leçons sur l'écrasement linéaire (1856), le 24 avril 1852 à l'hôpital Saint-Antoine, qu'après avoir ouvert une fistule, il en excisa soigneusement les parois et en accola les deux surfaces avivées par des sutures fortement serrées. Sa tentative fut-elle répétée ? nous ne saurions l'affirmer, si nous nous en tenons aux multiples complications (hémorragie, erysipèle, phlébite, infection purulente) qu'il attribue à cette intervention.

Après lui en 1880, des chirurgiens américains, tel que Venks de Chicago et bien d'autres, obtinrent des résultats encourageants. La méthode renaît en France sous une autre forme, avec Tripier (thèse de Françon, Lyon, 1884). Cet auteur excise les lésions, fait communiquer largement le rectum avec le périnée et, pour éviter l'infection de celui-ci, introduit dans le rectum un gros drain entouré de gaze iodoformée, cet ensemble venant déboucher hors l'anus.

Après Tripier, Stephen Smith dans une leçon consacrée aux traitements des fistules anales, parue en juin 1886 dans *New York medical Record*, met en honneur l'excision totale suivie de suture primitive partielle avec drainage. Il compte parmi ses partisans des noms tels qu'Emmet, Weir, Lange, Chamberlain, Jenkes, Vincenzo Morini, Rydowski. etc...

Dans une remarquable communication à la Société de Chirurgie, dans sa séance du 5 octobre 1887, Quenu revient sur la méthode de Chassaignac. La même année, pour

appuyer les résultats très encourageants obtenus dans neuf cas, avec six succès complets, deux échecs partiels et un échec complet, il inspire la thèse de son élève Longo. Dans la discussion qui suivit sa communication, Segond et Pozzi rapportèrent des échecs, tandis que Berger et Terrillon des succès.

Nous citerons rapidement les travaux consacrés à cette question de 1888 à 1891 :

— Un aperçu rapide par Schwartz, dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*.

— Une communication de Véchère en septembre 1888 dans la *France médicale*.

— Une autre de Cauchois de Rouen à la Société de Médecine de Rouen.

— Enfin la thèse de Surel inspirée par Bazy.

C'est en 1891 que commencent les travaux du professeur Delbet. Depuis cette époque, où pour la première fois, il utilisa cette méthode dans le service de Duplay, M. le professeur Delbet n'a cessé, par les travaux qu'il a inspirés et par sa persévérance, à vouloir la vulgariser. La thèse de Legras en 1892, un mémoire de Thévenard dans *Les Archives générales de médecine* en 1893, la thèse d'Arsonneau en 1901, rapportent sa technique et les remarquables résultats de sa statistique, aussi ne sommes-nous pas du tout étonnés de voir cette méthode, désignée sous le nom de « Méthode de Delbet ».

Pendant ce temps, d'autres publications paraissent. Celle de Damas (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1899), exposant les idées de l'école Lyonnaise, recommande l'incision et l'excision, mais n'admet pas la suture sans drainage.

Roux dans sa thèse (1899) se fait partisan de la suture immédiate mais principalement pour la variété intra-sphinctérienne. Barge dans la sienne (1901) ne l'accepte que pour les borgnes externes et préconise la méthode de Smith pour les fistules complètes.

Qu'elle fut la fortune de cette intervention auprès du corps enseignant ? Si l'on s'en rapporte aux traités parus depuis, il apparaît sans aucun doute, qu'elle n'a pas joui d'une faveur très grande.

Dans le traité de Chirurgie de Duplay et Reclus (1898), les auteurs admettent la suture complète pour les fistules intra-sphinctériennes, mais font observer que « les échecs sont nombreux » et que « l'on se donne souvent bien du mal pour un résultat qui en fin de compte n'est pas meilleur que celui qu'on obtient par l'incision simple non suivie de suture ». Les auteurs sont bien plus enclins à l'appliquer dans les extra-sphinctériennes, et à ce propos voici leur avis : « Il y aura grand avantage à délaisser le Thermocautère pour le bistouri, à bien aviver les parois et à tenter la réunion ». Et si le sphincter est sectionné « Sa suture doit être tentée toutes les fois qu'on peut le faire, mais les désunions sont fréquentes ».

Les « quatre Agrégés » (1903) réservent la résection suivie de suture, aux fistules peu profondes, à diverticules peu étendues, tandis que pour les extra et trans-sphinctériennes ils préconisent une véritable éradication, sans ouverture du trajet fistuleux, de façon à ménager le sphincter. Cette même année, Ricard et Launay, conseillent l'excision avec section du sphincter, mais ils suturent en masse.

Enfin, Forgue dans son *Précis de pathologie* (1917) accepte la suture complète, à condition que le foyer opératoire soit rendu propre et net.

Voici l'opinion du professeur P. Duval dans les « neuf agrégés » (1911-1920) : « C'est le procédé idéal, mais ses résultats sont incertains. La réunion par première intention manque souvent. Il garde cependant des indications en cas de fistules tuberculeuses bien limitées ».

Lecène (*Thérapeutique chirurgicale*, 1926) à propos de l'excision totale suivie de suture en capiton à plusieurs étages, et appliquée aux fistules extra-sphinctériennes, pense que c'est « le moins mauvais procédé ». On arrive, dit-il, parfois, à guérir complètement la fistule ; si l'on n'obtient pas une réunion totale, on diminue en tout cas, beaucoup la profondeur du trajet fistuleux et c'est déjà un sérieux avantage ». Ce qui nous étonne, c'est qu'il s'exprime avec bien plus de scepticisme pour les sous-cutanéomucqueuses, « elles échouent le plus souvent s'il y a un trajet quelque peu complexe. Je ne crois donc pas qu'il soit re-

commandable, de faire souvent cette opération, malgré ce que certains auteurs aient pu dire ».

Tout récemment à la Société de Chirurgie à la séance du 6 mars 1935, à propos d'un rapport de M. le professeur Raymond Grégoire sur un travail du Docteur Cabanié de Tanger, la discussion et les divergences de vues entre les chirurgiens qui ont pris la parole, montrent que la méthode n'est pas encore acceptée par tous et qu'une mise au point était nécessaire.

Nous ne savons comment remercier notre maître le Docteur J. Madier, chirurgien des Hôpitaux, élève du Professeur Delbet, grand défenseur de sa méthode, de toutes les facilités qu'il nous a apportées pour la rédaction de ce travail. Afin d'avoir une statistique homogène ce sont ses observations et rien que les siennes qui nous ont servi. Nous remercions notre maître le Docteur Gouverneur, d'avoir mis à notre disposition ses belles observations. Nous regrettons, de ne pas en parler ici, ainsi que nous l'avons d'ailleurs fait pour nos deux cas personnels (deux succès, qui viendraient fausser, par leur petit nombre, les chiffres que nous donnerons plus loin).

DEUXIÈME CHAPITRE

TECHNIQUE

Ce chapitre comprend :

- Les modes d'explorations du trajet fistuleux et de ses orifices.
- La préparation du malade.
- L'intervention proprement dite avec ses variantes.
- Les suites normales.
- Les complications.

MODES D'EXPLORATIONS DU TRAJET FISTULEUX ET DE SES ORIFICES

Cette exploration présente un gros intérêt au point de vue opératoire.

Il importe en effet de savoir avant d'opérer, la situation de l'orifice cutané, celle de l'orifice muqueux s'il en existe, le trajet de la fistule avec ses diverticules, ses sinuosités, ses rétrécissements et ses dilatations. Plusieurs modes d'examens sont utiles et se complètent pour donner, soit une réponse complète, soit une réponse partielle, mais qui déjà indique au chirurgien une grande partie de la marche à suivre et prévient les surprises opératoires.

Ces examens sont :

L'interrogatoire, l'inspection de l'orifice cutané, l'aspect du liquide issu de la fistule, l'anuscopie et la rectoscopie pour voir l'orifice interne, le cathétérisme du trajet fistuleux, la palpation du trajet, le toucher rectal, la fistulographie (Bazy) et enfin sur la table d'opération, l'injection du trajet par une solution colorée au bleu pour le repérage de l'orifice interne après dilatation.

Nous les passerons en revue, tout en discutant la valeur propre de chacun d'eux. Il est entendu d'avance que nous nous supposons être en face d'une fistule anale.

A) L'INTERROGATOIRE. — Est des plus important. Dans certains cas en révélant des alternatives de rétention avec douleurs, suivies de sédation avec écoulement, il prévoit l'existence d'une cavité sur le trajet fistuleux, d'une chambre

de suppuration, et par suite d'un trajet diverticulaire à direction variable.

B) L'ASPECT DU LIQUIDE ISSU DE LA FISTULE donne une idée de son état inflammatoire et par suite de l'état des tissus environnants. Il est logique de penser qu'une fistule sèche ou donnant un liquide séreux ne peut être le siège que de lésions éteintes, limitées (ce qui prévoit une intervention facile et non délabrante) tandis que du liquide séro-purulent témoignera d'une inflammation subaiguë qui peut être à l'origine d'une désunion partielle post-opératoire. Enfin l'issue des matières liquides est d'un très mauvais augure pour la suture.

C) L'ORIFICE CUTANÉ. — Son aspect, ses dimensions n'ont pas grande valeur, car derrière un tout petit orifice on peut très bien trouver une fistule très étendue.

Beaucoup plus important est son siège ; un orifice postérieur ou latéral surtout, étant plus facile à exciser dans le sens radiaire. Son siège sur une cicatrice opératoire antérieure sclérosée, prévoit un gros délâbrement mais expose aussi à un succès partiel.

Enfin le nombre des orifices cutanés est à considérer. Il faut toujours se méfier de trouver derrière ces orifices multiples, non seulement une lésion tuberculeuse, mais aussi une fistule vaste, étendue, longue à exciser et du tissu cicatriciel qui rend la réunion difficile.

D) L'ORIFICE MUQUEUX. — N'existe pas toujours. Même quand il existe, il est presque impossible à voir, malgré une préparation soigneuse du rectum. « La rectoscopie la plus soigneuse, la plus attentive avait été incapable de déceler la communication avec le rectum, même lorsqu'elle se trouvait préalablement éclairée par les résultats de la fistulographie » (Bazy).

E) LE CATHÉTÉRISME DU TRAJET FISTULEUX au stylet ou à la sonde cannelée est le mode d'exploration le plus couramment employé. Nous ne lui voyons aucun avantage

réel. Il peut cependant dans certains cas de fistules à trajets rectiligne ou sous-cutanéomuqueux, donner la direction de la fistule et parfois le siège de l'orifice interne. Le plus souvent il ne donne pas de renseignements précis sur le trajet et la longueur de la fistule (il peut en effet être arrêté en cours de route par un trajet tortueux). Quant à renseigner sur la variété intra, trans, ou extra-sphinctérienne, l'indication classique de l'épaisseur de tissu entre le doigt rectal et le stylet explorateur est souvent mise en défaut.

F) LA PALPATION DU TRAJET FISTULEUX est un mode d'exploration capital :

En premier, il faut palper tout autour de l'orifice et apprécier la souplesse des téguments et des tissus environnants. Parfois cette palpation trouve une poche plate sous-cutanée. Puis, il faudra arriver à saisir le trajet fistuleux entre pouce et index. Cette dernière exploration présente deux gros intérêts, quand elle saisit et sent le trajet fistuleux, elle prouve que la fistule est réellement formée et enfin elle donne sa direction, parfois bien plus sûrement et bien plus loin que l'exploration au stylet. Cet examen peut enfin se faire avec un doigt rectal et un autre périnéal.

G) LE TOUCHER RECTAL combiné à l'examen par un doigt périnéal permet d'apprécier *l'état du sphincter anal* avant l'intervention. — Il peut en effet être peu souple, mal dilatable et sclérosé dans sa moitié postérieure (Obs. 9), présente parfois un serrage déficient avec bande fibreuse postérieure (Obs. 16) ou être sclérosé en partie (Obs. 38), ces constatations préviendraient de la possibilité au cours de l'intervention, soit d'une section partielle avec suture immédiate (fistule trans-sphinctérienne des observations 4, 13, 29, 38 et intra-sphinctériennes des observations 1, 9) soit d'une résection partielle avec suture immédiate (Obs. 16). Le toucher rectal élimine d'autre part, l'existence de lésions intra-ou périrectales dont la fistule serait symptomatique et qui demanderaient un traitement étiologique adéquate.

H) LA FISTULOGRAPHIE (Bazy). — C'est la méthode la

plus récente. M. le Docteur Bazy en a tout dernièrement vanté les avantages en France (Sté Nationale de Chirurgie, mars 1935). Qu'il veuille bien trouver ici, l'expression de nos remerciements pour l'affabilité avec laquelle il nous a donné les détails de sa technique et de nous avoir permis de faire reproduire dans cette thèse, les deux fistulographies qui y sont jointes.

Voici sa technique telle qu'on l'emploie dans son service de Saint-Louis :

Le matériel comprend : une seringue de 10 ou de 20 centimètres cubes, un embout métallique, un embout conique en caoutchouc (comme ceux employés dans les services d'urologie), plusieurs sondes urétérales de petit calibre, enfin une grosse sonde rectale pleine et graduée de centimètre en centimètre par des rondelles de plombs hautes de un centimètre.

La substance injectée est le ténébryl. Il est plus fluide que le lipiodol et pénètre les sinuosités les plus ténues.

Les embouts et les sondes urétérales serviront pour l'injection du ténébryl dans le trajet fistuleux ; ces matériaux seront respectivement employés, selon la largeur de l'orifice cutané. La grosse sonde graduée sera poussée loin dans le rectum, jusque dans le sigmoïde, sur une longueur de 15 centimètres environ.

On injecte le ténébryl et on prend un cliché, le malade couché sur le dos en position synécologique comme au cours de l'intervention.

RÉSULTATS (FIG. 1 et 2). — La fistulographie permet d'avoir un document concret du trajet fistuleux, elle permet d'illustrer avant l'intervention, la direction du trajet principal, ses déformations, ses diverticules, ses trajets secondaires. Elle montre à « quelles lésions profondes inattendues correspondent parfois des orifices fistuleux péri-anaux de la plus banale apparence » (Bazy). Elle apporte « la démonstration écrite de la dépendance fréquente d'une fistule anale, avec une lésion perforée du rectum, haut située » (Bazy). Mais à l'heure actuelle, elle ne permet pas à coup sûr de localiser le niveau de l'orifice muqueux. Elle montre la fin

du trajet dans les fistules borgnes externes : mais dans les cas de fistules complètes, le ténébryl passe dans le rectum, masque l'image de l'orifice muqueux et ne permet pas souvent d'en préciser exactement le siège. Nous ferons remarquer que pour notre part, nous croyons fermement que la plupart des orifices sont bas situés. Ceci résulte d'une

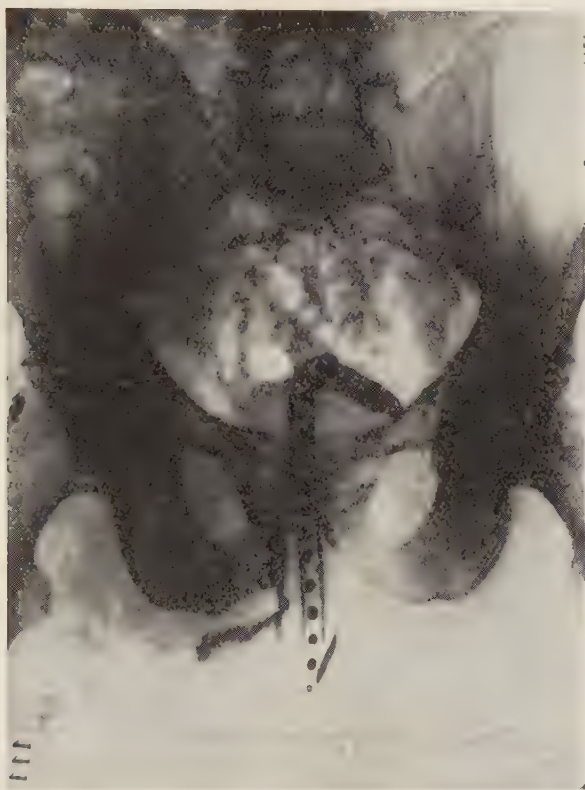


FIG. 1.

part de l'étude des observations ci-incluses, d'autre part, d'une raison anatomique spéciale à la région ; c'est l'obliquité du releveur, qui dans sa partie basse et interne vient se terminer et s'intriquer avec le sphincter. Cette disposition nous fait comprendre les images diverticulaires hautes correspondantes à un orifice bas, sus ou trans-sphinctérien.

Signalons pour appuyer ceci, que sur les 43 observations de cette série, nous n'avons pas une seule fistule ayant traversé le releveur.

Peut-on arriver à voir cet orifice par un artifice de technique ?

M. le Docteur Chêne proposait de rendre visible la paroi



FIG. 2

rectale par un petit lavement préalable au collothor et de faire la fistulographie après évacuation de l'émulsion.

Pour notre part, nous proposons un procédé qui nous paraît plus simple. Il consiste à donner un lavement évacuateur simple, aussitôt après la 1^{re} fistulographie : on évacuera ainsi le tenebryl rectal et comme les derniers centimètres

du trajet profond de la fistule sont toujours très rétrécis par rapport au reste et que l'orifice ne se voit pas même à la rectoscopie la plus soigneuse, on ne risquera pas de repousser le ténébryl en deçà de son orifice muqueux, ni de le diluer. On aura ainsi l'image de la fin du trajet. Les deux plaques radiographiques, faites avant et après lavement, pourront fixer la situation en hauteur de l'orifice muqueux et permettront grâce à la sonde graduée rectale, repérée à son entrée, de mesurer sa distance à l'orifice anal.

Nous croyons d'autre part que des radiographies de profil sur le malade couché en chien de fusil pourraient être très utiles.

La fistulographie est-elle possible dans tous les cas ?

Donne-t-elle les mêmes résultats complets dans les fistules à orifices cutanés multiples ? est-elle possible à réaliser dans ces cas ?

Au point de vue pratique peut-on la faire accepter par tous les malades ?

Sans aucun doute, dans le milieu hospitalier, mais nous en doutons pour la clientèle de ville. Pour ces malades, ce n'est qu'à la faveur d'une récidive qu'on pourrait l'imposer et encore peut-être pas toujours. En tout cas cette méthode encore peu répandue mérite d'être mieux étudiée.

1) Enfin il reste un procédé fondamental d'exploration, c'est *l'injection dans le trajet d'une solution colorée au bleu de méthylène*.

Pourquoi doit-on la faire sur la table d'opération ?

En voici les raisons : Tout d'abord parce que le liquide est caustique et douloureux ; voici sa composition :

alcool	
formol	{ aa
glycérine	

bleu de méthylène q. s. p. colorer en bleu noire.

C'est le liquide de Morestin coloré au bleu, dont se servait Legrand pendant la guerre pour colorer les trajets des projectiles. Il a l'avantage d'être fortement antiseptique et d'avoir une *affinité* très grande pour *les tissus pathologiques*.

Il a un pouvoir de pénétration, d'imprégnation et de fixation profonde immédiat et très accentué. L'autre raison

est que si l'on veut voir l'orifice interne, il est indispensable de faire précéder cette recherche par une dilatation anale. Une compresse témoin montrera la hauteur approximative et le côté de l'orifice. Le dilatateur de Trélat manié à bon escient permettra de trouver son siège. Nous y reviendrons avec plus de détails dans le chapitre de Technique opératoire.

Les résultats sont-ils constants et que doit-on attendre de cette exploration ?

Pour en tirer le plus de bénéfice, il faut tenir compte :
1^o *de la quantité du liquide injectée*, une quantité supérieure à 5 centimètres cubes fait soupçonner l'existence d'une chambre de suppuration (Obs. 8, 13, 16, 21, 22).

2^o *de la difficulté ou de la facilité du passage dans le rectum* :

— la facilité indique un trajet court ou rectiligne.

— la difficulté est mesurée, par la pression employée à pousser le liquide et par le retard à venir tacher la compresse. Cette éventualité se présente pour un trajet long et tortueux (Obs. 5). Mais les résultats du passage ne sont pas toujours constants. Il existe des cas où quoique le bleu n'apparaisse pas dans le rectum, il s'agit tout de même de fistule complète. Ceci arrive, soit parce que le trajet terminal, partant d'une chambre plate diverticulaire, se termine par un diamètre très serré, soit parce que ce trajet terminal est au contraire très large mais obstrué par un corps étranger, une concrétion fécale, qui y a pénétré (Obs. 40).

Ce sont là des exceptions. Aussi peut-on dire que, toute fistule injectée qui ne permet pas l'issue du bleu dans le rectum est une fistule borgne externe (Obs. 15, 19, 23, 24, 26, 27, 31, 33).

Enfin un des gros avantages de ce procédé sur la fistulographie c'est que si l'une donne une image pré-opératoire de toutes les lésions à exciser, l'autre donne un aspect coloré des tissus, de tout le trajet et de ses diverticules, et en permet l'excision complète.

Comme nous l'avons dit dès le début, tous ces examens au lieu de s'exclure ne font que s'aider et se compléter et concourent à éclairer le chirurgien sur sa conduite opératoire.

PRÉPARATION DU MALADE

M. le professeur Pierre Delbet exigeait une préparation de 7 à 8 jours. M. le Docteur Madier l'a fort simplifié, sans avoir à s'en repentir. Il a renoncé à toute antiseptie intestinale. Celle-ci lui a paru plus nuisible qu'utile.

Chez un sujet à fonctions intestinales normales, la préparation commence 48 heures avant l'intervention, par une purgation saline. Le jour de cette purgation, alimentation liquide. Le lendemain, veille de l'opération, l'alimentation reste réduite et semi-liquide et le malade prend, selon son poids et son sexe, de trois à cinq centigrammes d'extrait d'opium, en plusieurs fois.

Cette prise d'opium sera la seule ; elle ne sera pas systématiquement renouvelée.

Le même jour, dans la soirée, un lavement évacuateur est donné.

Le jour de l'intervention, on s'abstiendra de donner un dernier lavement dont on retrouverait inévitablement les restes, dans le rectum. Une demi-heure à trois quarts d'heures avant l'anesthésie, le malade recevra une injection de scopolamine-morphine.

L'INTERVENTION

POSITION DU MALADE. INSTRUMENTATION.

Le malade est placé dans la position de la taille, les fesses débordant le bord de la table. Il est indispensable de disposer d'un bon éclairage et même, dans certains cas d'un éclairage frontal. Il est préférable d'avoir deux aides, l'un qui écarte, rétracte ou soutient des pinces, l'autre qui aide effectivement.

L'instrumentation est tout à fait banale ; signalons seulement la nécessité d'avoir une fine aiguille courbe de Reverdin, une forte aiguille de Reverdin à grande courbure, un spéculum dilatateur de Trélat.

ANESTHÉSIE.

C'est à l'anesthésie générale par inhalation qu'on a eu recours le plus souvent. Nous devons reconnaître cependant que l'anesthésie épidurale pourrait être particulièrement indiquée pour ce genre d'opération ; dans les rares cas où elle a été utilisée elle s'est montrée très satisfaisante. La rachi-anesthésie sera employée par ceux qui en ont l'habitude. En tout cas nous déconseillons formellement l'anesthésie locale ; elle se montre presque toujours insuffisante et elle laisse moins de liberté à l'opérateur pour poursuivre des trajets compliqués et souvent plus longs qu'on ne le supposait. Par ailleurs il n'est pas sans danger, d'infiltrer une région, dans laquelle persiste une infection latente plus ou moins légère.

TECHNIQUE (1).

Avant l'opération proprement dite se place un temps très important qui est celui de la dilatation, du nettoyage du rectum et de l'exploration de la fistule par le liquide colorant. Sans revêtir de blouse stérile, le chirurgien se gante et pratique avec le spéculum dilatateur de Trélat, la dilatation du sphincter. Déjà à ce moment il peut apercevoir dans l'anus, dans une région correspondant à l'orifice externe, une ulcération ou un petit bourgeon suspect ; mais le moment n'est pas encore venu de vérifier l'existence d'un orifice interne, il faut procéder d'abord à la toilette du rectum.

Lorsque la préparation a été bien faite, on ne doit trouver dans les plis de la muqueuse, que quelques rares débris alimentaires. S'il y a des matières en quelque quantité, et à plus forte raison, si une débâcle se produit, il faut remettre l'opération et recommencer la préparation. L'artifice qui consiste à enfoncer dans la partie supérieure de l'ampoule rectale un gros tampon ne suffit pas.

Le rectum doit être savonné au savon liquide jusqu'à ce qu'il soit parfaitement propre. Il est ensuite lavé à l'alcool. Rien n'est plus facile que de faire couler l'un ou l'autre de ces liquides, au moyen d'une pissette, dans le spéculum convenablement incliné.

Après assèchement, le spéculum étant laissé en place, les manches orientés de façon à ne pas gêner et confiés à un aide, le chirurgien se met en devoir d'explorer le trajet. Il charge de liquide colorant une seringue en verre ; nous avons vu, notre Maître le docteur Madier, utiliser une seringue de 2 centimètres cubes tout à fait ordinaire, dont le cône terminal est aussi fin que possible. Si l'orifice externe est momentanément obstrué, il est facile de le rouvrir avec l'extrémité du stylet (Fig. 3). Le cône de la seringue est alors introduit dans l'orifice et l'injection est poussée.

Il arrive souvent qu'on voie presque aussitôt le liquide ressortir dans l'anus par un orifice largement perméable ; il n'y a alors qu'à débarrasser le rectum du liquide écoulé

(1) Ces figures sont extraites d'un film tourné au cours d'une intervention faite par M. Madier.

et à commencer l'opération. Il arrive également, bien que la fistule soit complète, que le liquide ne passe pas : cela peut être dû à diverses causes : l'orifice de la seringue peut être mal dirigé et appuyé trop fortement contre une des parois du trajet ; il faut tâtonner, varier la direction et diminuer la force d'appui. L'orifice interne peut être masqué par une des valves du spéculum, il faut modifier leur position. Les parois du trajet peuvent être accolées, par la mise en tension de la paroi anale ; en diminuant l'écartement des branches

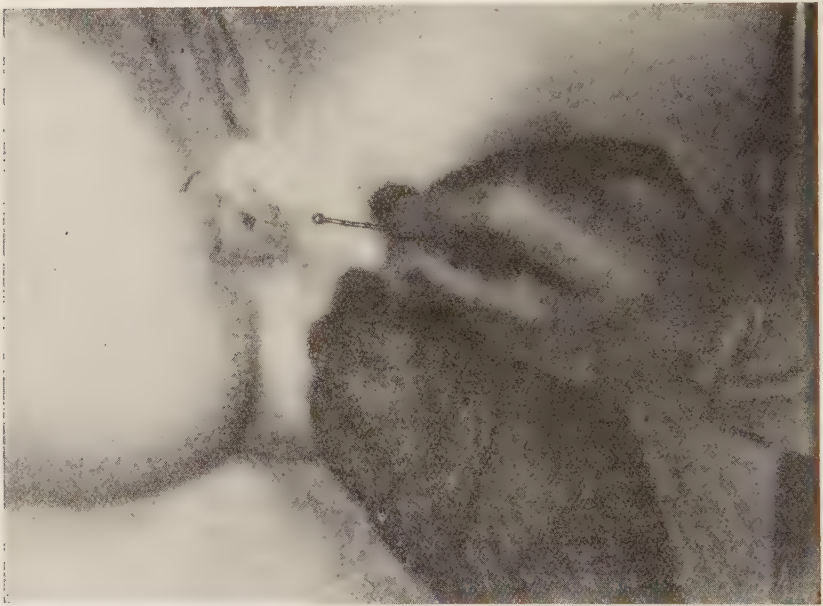


FIG. 3.

du spéculum, on peut voir sourdre le liquide. Dans certains cas, il faut enlever le spéculum pour que le liquide s'écoule ; comme alors on ne voit plus le point où se fera l'issue du liquide, il faut avoir recours à l'artifice de la compresse. On introduit dans l'anus, en évitant d'y faire la moindre tache, une compresse propre (Fig. 4). On retire le spéculum, ou bien on relâche ses deux branches et on pousse l'injection. En écartant de nouveau et en retirant la compresse avec précaution on peut voir une tache bleue qui montre qu'il y

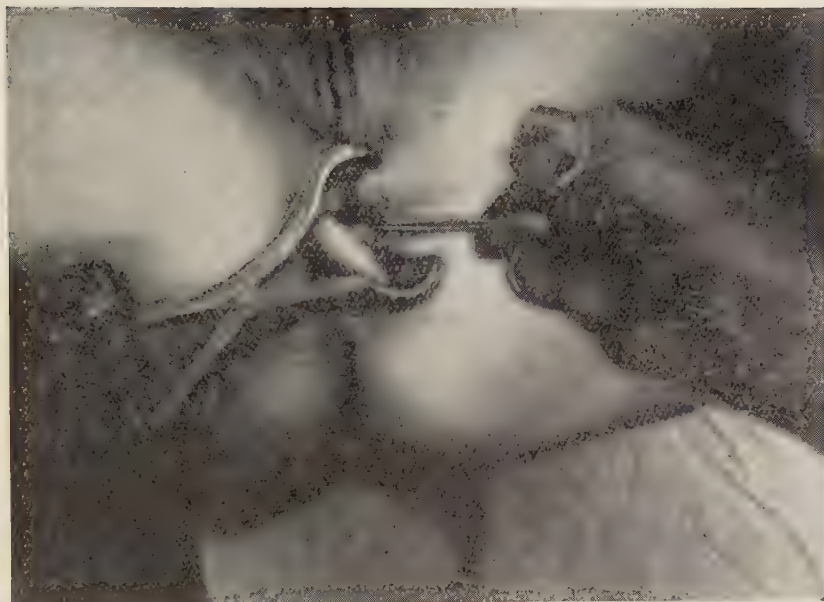


FIG. 4.



FIG. 5.

a bien un orifice interne, et qui permet de la localiser (Fig. 5). Enfin il est possible que le liquide ne passe pas dans l'anus ; cela ne veut pas dire forcément, que la fistule est borgne externe, car nous avons vu dans une de nos observations, l'orifice interne obstrué par une petite concrétion fécale (Obs. 40) et nous avons presque toujours trouvé dans les autres cas, un trajet venant s'arrêter tout contre la paroi rectale ou même dans cette paroi, sous la muqueuse qui portait des lésions cicatricielles. Mécaniquement ces fistules sont bien borgnes externes, mais pathologiquement il n'en est rien, et elles doivent être traitées comme des fistules complètes.

Une fois terminés ces préparatifs très importants, le chirurgien et ses aides se préparent comme pour toute opération. La région est passée à la teinture d'iode, les champs sont mis en place.

Nous prendrons *pour type de description*, une fistule complète, à trajet relativement simple, avec chambre de suppuration au-dessous de l'orifice externe.

Le principe de l'opération, est d'extirper d'un seul bloc l'orifice externe et la peau qui l'entoure immédiatement, et sans les ouvrir, la chambre de suppuration, le cordon fistuleux jusques et y compris l'orifice interne.

Ce mode d'exérèse, s'oppose à la manière qui consiste à ouvrir de bout en bout le trajet fistuleux et à exciser ensuite les parois de ce trajet. Nous ne pensons pas qu'on puisse obtenir les mêmes résultats en procédant de la sorte, car au point de vue de l'infection des tissus voisins, il y a une différence fondamentale, entre l'extirpation d'un processus septique après ouverture, ou sans ouverture.

Nous insistons également, sur l'avantage qu'il y a à infiltrer complètement les parois du trajet avec un liquide aussi puissamment antiseptique et fixateur que celui qui est employé.

L'orifice extérieur sera donc circonscrit par une incision elliptique, d'autant plus large qu'on percevra par la palpation un nodule plus volumineux, et à grand axe radiaire (Fig. 6-7).



FIG. 6.



FIG. 7.



FIG. 8.



FIG. 9.



FIG. 10.



FIG. 11.

Il faut, au fur et à mesure que le bistouri progresse dans la graisse du creux ischio-anal, palper avec le bout des doigts de la main gauche, ce nodule qui est formé par la chambre de suppuration, et passer au large de lui, dans le tissu graisseux sain et mollassé, dont la consistance est facile à différencier du tissu graisseux sclérosé qui entoure la lésion. Deux pinces de Kocher, placées sur les deux extrémités de l'ellipse cutanée excisée. (Fig. 8-9), facilitent la traction exercée



FIG. 12.

par la main gauche. Les figures 10, 11, 12, montrent bien les différentes manœuvres, par lesquelles on arrive à circonscrire une masse dure, plus ou moins irrégulière qui représente la partie superficielle de la fistule. Cette masse se prolonge dans la profondeur par un cordon plus étroit, plus régulier, très dur et résistant, comparable comme calibre, habituellement à un crayon. Le pouce et l'index de la main gauche prennent connaissance de ce cordon et apprécient son épaisseur et sa direction (Fig. 13).



FIG. 13.



FIG. 14.

L'hémostase est faite au fur et à mesure des sections. Puis progressivement (Fig. 14), patiemment, et prudemment le bistouri poursuit l'isolement de ce cordon. Pour pouvoir le suivre il est nécessaire de prolonger l'incision elleptique vers l'anus, par une queue plus ou moins longue. Le plus souvent cette queue ne dépasse pas en dedans la marge cutanéomuqueuse.

On arrive ainsi, peu à peu, à découvrir les fibres rouges du sphincter externe de l'anus et on peut se rendre compte des

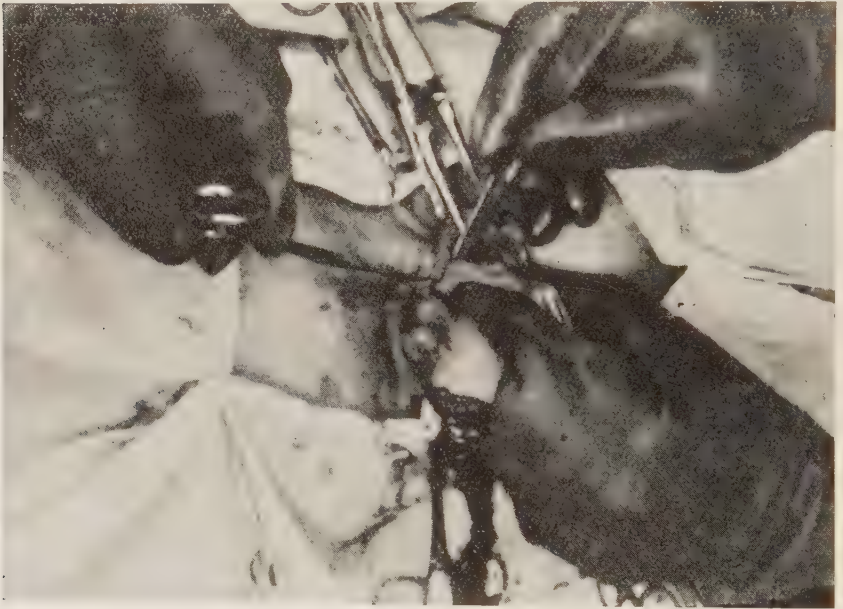


FIG. 15.

rapports du trajet, avec l'anneau musculaire : mais il faut bien savoir qu'autour de la fistule, les fibres musculaires ont perdu leur souplesse caractéristique et ont subi une transformation fibreuse qui leur donne l'aspect d'une lame blanchâtre, ce qui rend assez malaisé la dissection du trajet. En palpant ce dernier, en repoussant prudemment en haut et en bas avec le plat du bistouri ce tissu fibreux (car nous supposons que la fistule est trans-sphinctérienne, disposi-

tion la plus fréquente) on parvient à traverser le sphincter (Fig. 15).

C'est ici que réside un des avantages principaux de la technique employée. Quels que soient les rapports entre le trajet et le sphincter, on peut toujours respecter celui-ci, et s'il est aminci ou étiré le reconstituer.

Une fois donc le sphincter traversé, on est à la paroi rectale et si aucun diverticule ne s'est présenté chemin faisant, il ne



FIG. 16.

reste qu'à exciser l'orifice interne. Pour se rendre compte si l'on est bien à la terminaison du trajet, on tire fortement sur celui-ci et on regarde côté muqueuse anale, si celle-ci se déprime.

On peut également palper avec le doigt introduit dans l'anus (Fig. 16). Ceci ne présente aucun inconvénient, l'anus devant être parfaitement propre ; mais il est bien entendu, qu'on n'abusera pas inutilement de cette manœuvre.

Le cône muqueux, attiré par la traction exercée sur le



FIG. 17.



FIG. 18.

cordon fistuleux, est sectionné au bistouri (Fig. 17) ; on y trouve la dernière trace du liquide colorant, sous forme d'un filet, habituellement, fort mince. Ainsi se trouve créé, dans la muqueuse, un orifice soulevé sur le bout du doigt gauche ganté. Orifice dont les dimensions sont variables, sans dépasser généralement 1 cm. 1/2 en hauteur.

Une dernière inspection soigneuse de la plaie est faite, afin de s'assurer que tous les tissus laissés sont sains, qu'il



FIG. 19.

n'existe nulle part de trace de bleu. L'hémostase est faite, puis vient le moment de suturer.

Sutures. — En premier lieu, on suture la brèche muqueuse, au moyen d'une fine aiguille de Reverdin avec du catgut oo (fig. 18). Deux ou trois points séparés suffisent le plus souvent.

On s'occupera ensuite, de la reconstitution s'il y a lieu, ou du renforcement, du sphincter éraillé, dissocié. Quelques points au catgut n° 1 sont placés (fig. 19 et 20), puis dans

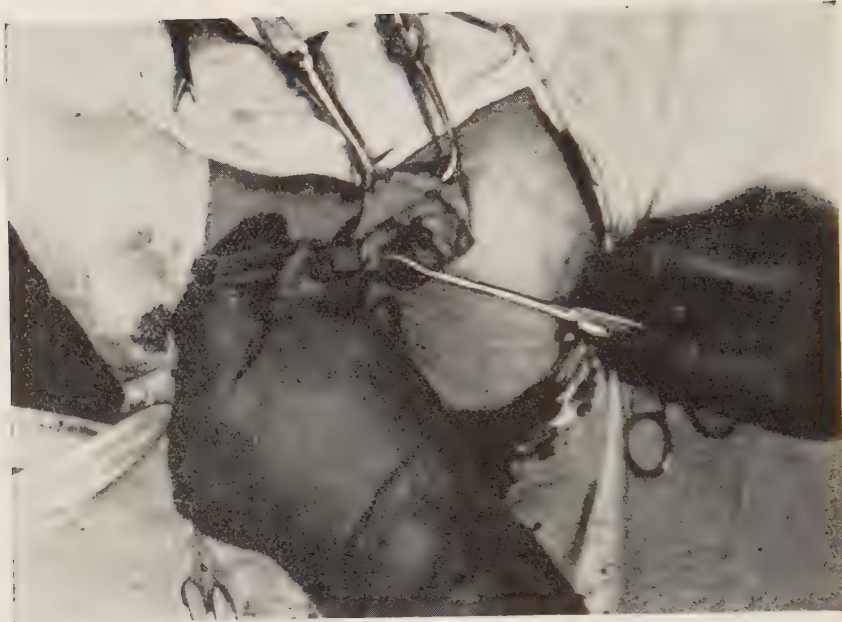


FIG. 20.

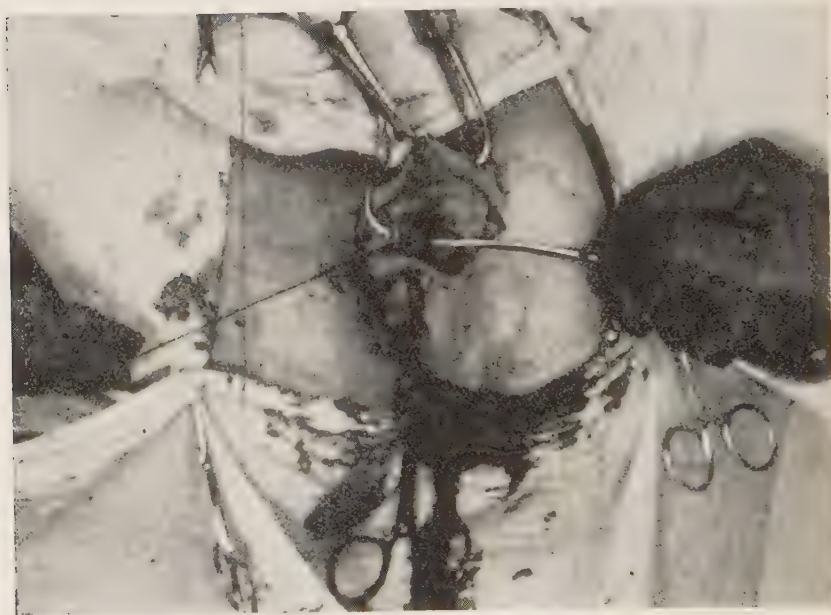


FIG. 21.



FIG. 22.



FIG. 23.



FIG. 24.

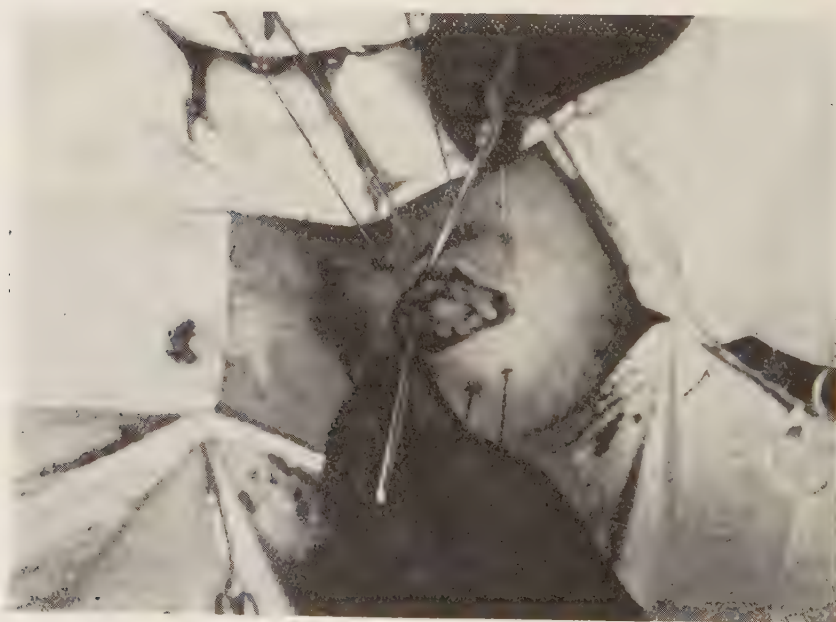


FIG. 25.

le voisinage immédiat du sphincter on capitone tout l'espace mort par un ou plusieurs points de catgut (fig. 21). Dès que cette reconstitution, immédiatement au voisinage de la paroi rectale, est faite, on suturera le reste de la plaie par 2 sortes de points : *des points profonds* ou totaux, embrassant toute la brèche laissée ouverte, et *des points de capitonnage*. Les premiers points seront faits de gros crins et passés avec une forte aiguille courbe. Celle-ci (fig. 22-23) pénètre dans une des lèvres cutanées à 2 ou



FIG. 26.

3 centimètres environ de son bord, elle s'enfonce presque verticalement, passe sous le fond de la brèche et remonte de l'autre côté pour sortir sur la lèvre opposée à même distance de son bord (fig. 24). Dans tout ce trajet l'aiguille, à aucun moment ne doit être vue. On peut appeler ces points : « des points à aiguille cachée ». Ils ont une grosse importance, en annihilant tout espace mort. Le nombre de crins à passer ainsi, dépend de la longueur de la plaie ; on les fixe avec des pinces sans les nouer.

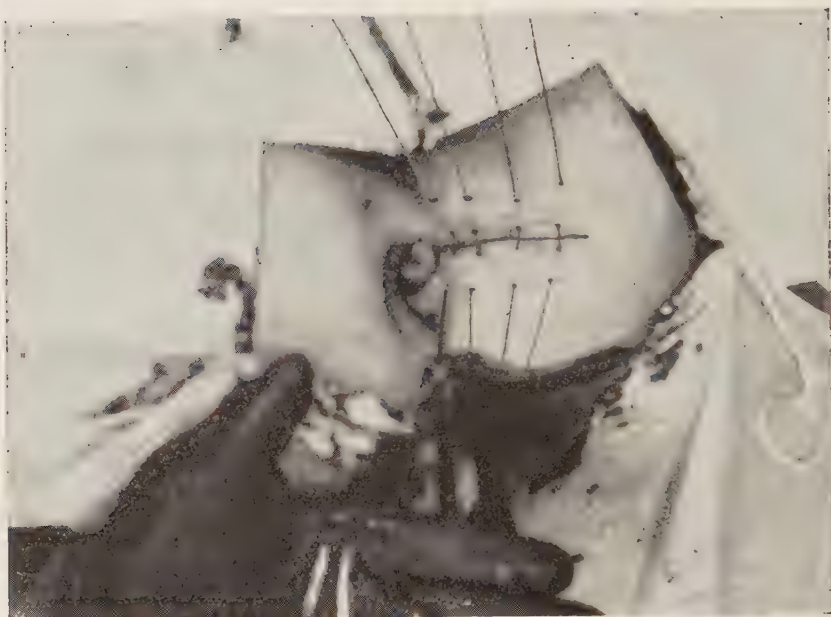


FIG. 27.



FIG. 28.



FIG. 29



FIG. 30

Un nombre suffisant de points au catgut est fait ensuite dans la plaie, de façon, à capitonner tout espace libre, à ramener la graisse, à arrêter tout suintement sanguin. Ces points ont l'avantage de pouvoir être passés dans toutes les directions (fig. 25).

Enfin, la peau est suturée au catgut. Notre Maître le Docteur Madier préfère le catgut parce que la suture cutanée va être comprimée sous un bourdonnet et que le catgut étant très rapidement ramolli, a l'avantage de ne pas piquer comme les crins et de moins couper que les fils de lin ou de soie (fig. 26-27).

Les lèvres cutanées étant bien rapprochées, l'anesthésie est arrêtée, un épais bourdonnet de gaze iodoformée est placé sur la suture, et les crins profonds sont noués par dessus (fig. 28-29).

Une petite mèche de gaze iodoformée est poussée dans l'anus (fig. 30) : le pansement est maintenu par un bandage en T et le malade est reporté dans son lit.

VARIANTES DANS LA TECHNIQUE

La disposition des lésions entraîne dans la technique de l'exérèse des modifications infiniment nombreuses.

Nous envisagerons ici les principales, telles qu'elles se trouvent consignées dans les observations.

Les difficultés sont accrues tout d'abord par la présence de diverticules.

Ceux-ci peuvent se brancher sur la chambre de suppuration ; au lieu d'une cavité unique anfractueuse, on peut en rencontrer plusieurs, groupées, quelquefois véritable grappe (obs. 8). Les cavités secondaires, sont souvent perçues par la palpation dans la graisse ; ou bien c'est le bistouri qui rencontre inopinément du tissu coloré en bleu et c'est la vue qui décele la présence d'un diverticule. Mais il s'agit ici, plutôt de cavités multiples communiquant entre elles ; il faut s'attacher à les extirper en bloc, en passant suffisamment au large et en évitant autant que possible de les ouvrir.

Les diverticules branchées sur le cordon fistuleux sont plus fréquents.

Deux variétés nous paraissent mériter une mention spéciale. Les diverticules, dans le sphincter, les diverticules para-rectaux.

Les premiers (obs. 13-22-38), suivent habituellement, la direction des fibres musculaires ; il semble que les interstices de ces fibres forment une voie toute trouvée pour le cheminement de l'infection ; on voit, souvent un diverticule dirigé en avant et un autre dirigé en arrière. L'extirpation est rendue possible par le parallélisme avec les fibres

du muscle, sans qu'on soit obligé de créer trop de dégâts ; mais il faut rappeler cependant, qu'autour des trajets, le muscle est sclérosé, par conséquent fortement altéré, et qu'une réparation soigneuse du sphincter sera nécessaire.

Les seconds (obs. 12-16) cheminent, verticalement ascendants, tout contre la paroi rectale. Leur excrèse complète est parfois impossible sans léser trop gravement la paroi intestinale, en tout cas, ils rendent à peu près impossible une bonne suture. Il faudrait en effet pour capitonner l'espace laissé par leur extirpation, passer l'aiguille à travers la paroi rectale, ce qui n'est pas à conseiller. Aussi dans ces cas-là, faut-il se contenter d'une suture partielle et laisser dans la cheminée verticale latéro-rectale une mèche iodoformée.

La lésion étant extirpée, l'orifice interne fermé, la cicatrisation se fera rapidement.

Nous trouvons dans une de nos observations (obs. 8) un diverticule atteignant la face inférieure du releveur de l'anus, mais aucun trajet ne traversait ce muscle.

Nous n'avons pas trouvé non plus d'observations de fistule en fer à cheval avec trajet bilatéraux ; nous ne voyons cependant pas de raisons pour ne pas les faire bénéficier de cette méthode.

L'existence d'une lésion étendue de la muqueuse anale, de décollement sous-muqueux, peut exiger un temps spécial de débridement intra-anal ou de cautérisation. L'étendue trop importante de l'excrèse, peut entraîner l'impossibilité d'une suture correcte. C'est ainsi que dans l'observation 16 il a fallu vider le creux ischio-anal des blocs cicatriciels étendus, creusés de nombreux clapiers, reliquats de plusieurs opérations successives. Une fois cela fait, il ne restait à peu près que la paroi rectale dénudée, les parois sclérosées du creux ischio-anal et les restes d'un sphincter sectionné lors d'une précédente opération. On put réparer le sphincter, mais il fut à peu près impossible de rapprocher des tissus indurés qui ne prêtaient pas, et la désunion se produisit. Aussi doit-on déconseiller de tenter la suture, dans les cas de récidives avec blocs scléreux ci-

catriciels. Il n'est même pas certains que l'excision soit toujours possible sans trop de dégâts.

En opposition avec ces difficultés, signalons seulement les cas faciles :

Fistules borgne externe où la seule difficulté consiste à bien s'assurer qu'il n'y a pas un mince trajet profond.

Petites fistules intra-sphinctériennes, sous-cutanéomuqueuses, qu'on enfile sur un stylet et qu'on excise presque d'un seul coup de ciseaux, mais où il ne faut pas oublier cependant, qu'existent souvent des diverticules sous-muqueux autour de l'orifice interne.

Quoi qu'il en soit, qui peut le plus, peut le moins, et ces cas faciles donnent des succès constants.

SUITES OPÉRATOIRES NORMALES

La température s'élève souvent le soir ou le lendemain de l'intervention aux environs de 38° pour redescendre ensuite en 3 ou 4 jours à 37°.

La petite mèche intra-anale, est enlevée le lendemain soir de l'opération ; cette mèche est petite, elle ne donne quoi qu'on en dise souvent, aucune douleur à l'opéré et elle présente, pour M. J. Madier, l'avantage de tenir au sec la petite suture intra-anale.

Les gaz sont rendus facilement en temps normal et on ne donne pour ainsi dire jamais d'opium après l'opération. On ne le fait qu'au cas de mouvements intestinaux trop précoces.

Le pansement est surveillé tous les jours et les parties de la fesse avoisinant la plaie opératoire sont palpées afin d'apprécier leur souplesse.

Le cinquième jour, les crins noués sur le bourdonnet sont coupés et enlevés, ainsi que le bourdonnet ; on trouve, au-dessous, la plaie, réunie par les catguts.

Ceux-ci se ramollissent les jours suivants, et sont enlevées avec la plus grande facilité. Ils semblent présenter l'inconvénient de laisser des orifices cutanés assez gros et de couper légèrement la peau en échelle de perroquet. Peut-être faut-il trouver là, la cause de certaines désunions superficielles et partielles. M. le docteur Madier a l'intention de modifier le mode de suture cutanée et la disposition du bourdonnet.

A partir de ce moment la plaie est pansée avec la pommade au collargol.

Entre temps, le malade est soumis à une diète réduite : liquide, potages, purées claires. Entre le 8^e et 10^e jour il va à la selle spontanément ou après purgation. Il se lève vers le même moment et quitte l'hôpital entre le 11^e et le 15^e jour.

COMPLICATIONS POST-OPÉRATOIRES

Nous signalerons la rétention d'urine, bien connue après les opérations anales. Elle s'est produite cependant fort peu souvent dans nos cas.

Un hématome s'est produit une fois : trois points de la suture cutanée se sont désunis et entre les lèvres de l'incision, on a pu voir un caillot qui s'est organisé rapidement sans suppuration. L'évolution de la plaie est restée parfaitement aseptique, fait assez remarquable.

La principale complication, la plus redoutée est l'infection. Mais disons tout de suite, quitte à y revenir, que dans aucune de nos observations ne sont apparus de phénomènes infectieux revêtant une allure inquiétante.

Dès que la température s'élève, que la fesse perd sa souplesse autour du bourdonnet et que la douleur apparaît, il faut enlever bourdonnet et crins profonds. On verra alors apparaître entre les points cutanés, un peu de liquide huileux. Une désunion plus ou moins étendue se produira, une quantité plus ou moins abondante de pus s'écoulera, puis tout rentrera dans l'ordre très rapidement, au besoin, grâce à 48 heures de pansements humides. C'est ainsi qu'ont évolué la plupart des désunions partielles. La suppuration est très vite tarie, parce que c'est une suppuration accidentelle, sur des tissus frais et non une suppuration prolongée, entretenue par l'existence des tissus pathologiques en communication avec l'anus.

Les phénomènes ont-ils quelques tendances à s'étendre, à revêtir une allure sérieuse ! Alors on désunit complètement la plaie et on la traite, s'il le faut, par les moyens ha-

bituels, pansements humides irrigations continues. La désinfection est rapide après la désunion, qui ouvre largement le creux ischio-anal. On en revient, au traitement habituel par les mèches, et on s'aperçoit que l'on n'a perdu que peu de temps, à voir la rapidité avec laquelle se fait la guérison, rapidité beaucoup plus grande que si l'on n'avait pas fait une excision complète. Une seule fois (obs. 13) on s'est trouvé en présence de phénomènes infectieux suffisamment sérieux, pour forcer à désunir. Encore faut-il dire que la plaie était cicatrisée 41 jours après.

Après l'étude des 43 observations, reproduites plus loin, nous nous refusons donc; et en cela nous ne faisons que suivre notre Maître le docteur Madier, à partager l'effroi de certains chirurgiens devant la possibilité d'accidents infectieux graves.

TROISIÈME CHAPITRE

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1 : M^{me} L..., 31 ans.

Entre aux Ménages le 30 septembre 1932 pour une fistule anale.

Début : indéterminé.

A l'examen : fistule à petit orifice médian à 18 h., à 1 centimètre de la marge.

Opération le 1/10/32 : le bleu ressort dans une crypte à 18 h. Le trajet est soulevé sur une sonde cannelée et excisée, 2 crins profonds sur bourdonnet, le reste au catgut.

Suites opératoires :

— Température maxima 38° le 1^{er} jour.

— Guérison *per primam*.

— Sort le 10^e jour.

OBSERVATION 2 : Robert G..., 27 ans.

Entre à Beaujon le 23 avril 1935 pour une fistule à l'anus.

Début par un abcès, sans troubles de la défécation remontant à un mois.

Ouverture spontanée, issue de pus par l'anus également. Fistulisation.

Antécédents : pleurésie gauche à l'âge de 5 ans.

Lésion du sommet gauche (fortement voilé), contrôlée radiographiquement il y a 6 mois. Bronchites à répétition.

Examen : Petite tuméfaction peu saillante, ovalaire de 1 centimètre de diamètre environ, siégeant à 1 centimètre de l'anus à 15 h.

Intervention le 27/4/35 : *Epidurale* (très bonne).

Bouton à 15 heures, on le perce au stylet et on pénètre dans un trajet sous-cutané-muqueux. Le bleu passe facilement dans une ulcération à 2 centimètres plus haut, c'est-à-dire au-dessus de l'orifice anal. Excision d'un trajet épais, irrégulier, fongueux, situé en dedans du sphincter et adhérent à lui. Il existe en plus un diverticule supérieur accolé à la face externe de la paroi rectale

et haut de 15 millimètres environ. L'excision de ce diverticule entraîne l'ouverture d'une brèche muqueuse haute de 3 à 4 centimètres. Suture de celle-ci par surjet au catgut. Capitonage au catgut, puis 2 crins sur bourdonnet et peau au catgut.

Suites opératoires :

Température maxima : 38° le 1^{er} jour.

Ablation du bourdonnet le 4^e jour.

Guérison *per. primam*.

Sortie le 15^e jour.

OBSERVATION 3 : M^{me} Lac..., 24 ans.

Vue le 24 janvier 1928.

Abcès de la marge en septembre 1927. Depuis lors la cicatrice a donné 2 fois issue à quelques gouttes de liquide : une fois en octobre 1927, une autre fois en janvier 1928.

Actuellement : petite cicatrice sèche à 17 h., on conseille l'extirpation.

Revue le 12/12/29 à la fin d'une grossesse, elle présente un abcès du creux *ischio-anal gauche*. Pus sous tension, très fétide, une bonne cuillère à soupe, cavité profonde. Incision large, mèche iodoformée, suites excellentes. Accouche dans les meilleures conditions.

Après relevaille fait un voyage à Bordeaux, en revient avec un petit cratère sanguinolent au milieu de sa cicatrice. Il a fallu remecher.

Le 25 février 1930, petit trajet, large comme une plume d'oie profonde de 2 centimètres.

Au début de mars : le trajet continu à suppurer. On sent un cordon induré qui s'étend à 6-7 centimètres en avant et en dehors vers la gauche de la malade.

Opération le 25 mars 1930.

Balsoforme.

Injection de bleu de méthylène dans l'orifice externe. Il en sort à *midi* sur le bord de l'anus, dans les plis radiés, par un orifice invisible, impossible à cathétériser. Dilatation : on voit qu'il en sort sur la paroi antérieure de l'anus à 1 centimètre plus haut que le sus-dit orifice. Excision d'un trajet allant de la cicatrice de l'abcès à l'orifice pré-anal. La partie intra-cicatricielle est anfractuueuse. Le reste est formé par un petit tube très mince, rectiligne qui n'a aucunement les caractères d'une fistule inflammatoire. Ce petit tube est contenu dans un plus épais ; il est rouge, translucide ; on ne le verrait pas sans l'injection colorée. Hémostase. Suture de la muqueuse anale dont on a excisé une collerette autour de l'orifice.

Capitonnage du reste de la plaie et prise en bloc par des crins profonds — crins sur la peau — 2 bourdonnets comme dans un périnée.

Guérison *per primam* en 15 jours.

OBSERVATION 4 : M. Cli..., 40 ans.

Vient pour une fistule anale.

Opération : 10 mai 1933.

Petit orifice sec à 9 heures. On trouve l'orifice avec un stylet puis on dilate l'anus. Injection : le bleu teint la compresse intra-anale, dans une crypte correspondante à 9 heures. Excision d'un canal unique, solide, 2 catguts sur l'orifice muqueux.

Examen histologique : n° 13.550 de la faculté de médecine (Leroux). Infiltration inflammatoire banale du derme à caractère subaigu ne présentant aucune disposition spécifique.

Suites : température maxima à 37°7.

Sort le 19 mai, 8^e jour.

Guérison *per primam*.

OBSERVATION 5 : M. Su..., 47 ans.

Vu le 10 janvier 1933.

Porteur d'hémorroïdes depuis 10 à 12 ans, a présenté en avril 1932 un abcès de la marge de l'anus, incisé à l'anesthésie locale.

En juin 1932, une intervention pour une petite fistule donne un échec.

A l'examen : fistule anale à 10 heures à 2 cm. 5 environ de la marge anale. Fistule suintant légèrement se prolongeant par un cordon dur vers l'anus.

Opération le 18 janvier 1933 : faible passage du bleu en poussant très fort. Fistule tubulaire, unique, traversant les fibres les plus externes du sphincter. Enlevée d'un bloc jusqu'à la muqueuse. Suture à ce niveau, puis capitonnage profond. Peau au catgut.

Examen de la fistule enlevée : à l'ouverture tube très fin sans fongosités.

Suites opératoires : température maxima : 37°8, sort complètement cicatrisé le 12^e jour. Revu en parfait état le 13 février 1933.

OBSERVATION 6 : M. Xa... Ors...

Vu le 10 octobre 1930 pour un abcès péri-anal fistulisé, dont le début remonte à fin août donc, datant de 6 semaines environ.

Opération le 17 octobre 1930.

Dilatation. Bleu. Il existe un orifice cutané et un assez large orifice intra-anal. La poche de l'abcès est aplatie, non encore canaliculée.

Extirpation totale et suture totale.

Mèche iodoformée, collargol.

Suites opératoires :

Aucune réaction, aucune douleur.

Mèche enlevée le 5^e jour.

Selle facile le 24 octobre.

Réunion parfaite.

Sort guéri 10 jours après l'intervention.

OBSERVATION 7 : M. Des... Jac... : 53 ans.

Entre aux Ménages le 20 septembre 1926 pour fistules et hémorroïdes.

Début des hémorroïdes au service militaire.

Début de la fistule datant de un an par un abcès.

Cinq mois auparavant fait une nouvelle crise hémorroïdaire.

Opération le 25/9/26 : CHCl³.

Orifice cutané à 17 heures.

Dilatation. Excision complète d'un trajet fistuleux transsphinctérien postérieur. Suture. Excision d'un paquet hémorroïdaire.

Suites opératoires parfaites : la suture a tenu.

Sort le 15/10/26, 20 jours après l'intervention, à cause des hémorroïdes.

OBSERVATION 8 : M^{me} Mar..., 27 ans.

Vue le 8 février 1934 pour fistule anale.

Abcès en septembre après 15 jours de pesanteur douloureuse en marchant. Les 8 premiers jours la marche est possible, puis les 8 jours suivants très douloureuse, impossible, elle s'alite ; l'abcès commence à se former.

Incisé le 23 septembre 1933 chez elle : gros abcès. La cicatrisation s'est faite, mais il a persisté une fistule qui ne coule pas le jour mais coule le soir.

Aucun antécédent pleural, ni pulmonaire.

Très petit orifice à 19 heures à 1 cm. 5 en dehors de la marge. Puis petit cordon se dirigeant horizontalement en dedans vers la commissure postérieure. Le trajet paraît sous-sphinctérien.

Opération le 26 février 1934. Balsoforme.

Dilatation. Il faut plus de 15 centimètres cubes de bleu avant d'obtenir le passage dans le canal anal à 19 heures et à 1 cm. 5 au-dessus de l'orifice anal.

Dissection de l'orifice cutanée qui est minuscule. On s'aperçoit alors que tout le creux ischio-anal est occupé par une grappe de

cavités allant *en avant* jusqu'au releveur en *arrière* de la paroi postérieure latérale du vagin, *en arrière* jusqu'au repli ano-coccygien, *en dehors* il reste de la graisse, *en dedans*, ces cavités tapissent la paroi rectale.

Une fois le gros de cette grappe enlevé, avec une cavité centrale grosse comme une noix, il reste un point bleu en avant et en haut, sous le releveur — celui-ci n'est pas traversé. Ce point n'est qu'une cupule qu'on abrase. Il reste d'autre part en dedans un petit canal gros comme un gros crin de Florence qui passe au-dessus du bord supérieur du sphincter à 19 h. 30.

Extirpation: Fermeture de la muqueuse rectale par un point de catgut. Capitonnage au catgut, difficile, parce qu'on ne trouve en dedans que la paroi rectale sur laquelle il faut accrocher le catgut sans la traverser. On arrive à obturer le trou qui était considérable. le creux ischio-anal étant presque entièrement vidé. Peau au catgut. Crins sur bourdonnet.

Suites post-opératoires :

Le soir 37°3, n'a jamais dépassé 37°4. Aucune douleur à partir du 3^e jour. Ablation du bourdonnet le 5^e jour. Peau sèche, souple, guérison *per primam*. Revue 15 jours après l'intervention en parfait état.

Examen histologique :

Tissu conjonctivo-musculaire qui en bordure de la fistule présente un tissu de granulation type bourgeon charnu parsemé de follicules tuberculeux typiques, à cellules épithélioïdes géantes (14.353. Le-roux).

OBSERVATION 9 : M^{me} G..., 63 ans.

Vue le 23 avril 1934 pour fistule anale.

Début par un petit abcès il y a un mois ; qui s'ouvre spontanément, il y a 15 jours et suppure assez abondamment. Anus étroit, sphincter peu souple et mal dilaté.

Opération le 27 avril 1934 :

Dilatation ; le bleu injecté par l'orifice externe situé à 17 heures à 2 centimètres de la marge, ressort en petite quantité à 18 heures sur la marge de l'orifice anal. Le trajet est rectiligne, long de 3 à 4 centimètres, sous-cutané-muqueux, passant au-dessous du bord inférieur du sphincter : le sphincter est sclérosé dans sa moitié postérieure au voisinage du trajet fistuleux.

Extirpation facile ; l'orifice créé dans la muqueuse anale est fermé par 3 catguts ; 2 crins profonds ; catgut sur le sphincter : capitonnage au catgut, bourdonnet.

Suites opératoires :

— ablation du bourdonnet le 4^e jour.

— désunion partielle de la plaie puis détersion et bourgeonnement rapide.

Sort le 23 mai 1934 avec un petit sillon granuleux.

Examen histologique : trajet fistuleux entouré d'une réaction inflammatoire banale subaiguë polymorphe comportant bien des cellules géantes mais qui répondent au type macrophagique des corps étrangers, pas de spécificité histologique.

OBSERVATION 10 : M^{me} Var..., 36 ans.

Vue le 5 mai 1931 pour fistule anale.

Début en janvier 1931 par un abcès péri-anal qui s'est bien cicatrisé, un 2^e en avant, vers la fin janvier, reste fistulisé.

Examen : dépression cicatricielle de la fesse gauche à 15 h. 1/2, peau amincie avec *plusieurs petits orifices*.

On ne décèle pas de communication avec le rectum, mais il y a lieu de la supposer.

Opération le 30 mai 1930.

Dilatation. Injection de bleu. Celui-ci ressort dans le canal anal à 2 cm. 5 environ au-dessus de l'anus à 13 heures.

L'orifice externe à 14 heures est à 1 cm. 5 en dehors de l'orifice anal.

Excision avec un bloc fibreux qui paraît adhérer au sphincter, en dedans duquel il se trouve.

Suture par le procédé habituel.

Examen de la pièce : Section du bloc : montre un trajet mince et tortueux avec un diverticule. Le tout est bien coloré, aurait été impossible à cathétériser.

Examen histologique (11.397, Leroux) : Tissu fibreux inflammatoire avec présence de nodules tuberculeux, de cellules lymphoïdes, épithélioïdes et géantes.

Suites opératoires : désunion partielle : cicatrisation par 2^e intervention.

Complètement cicatrisé au 22^e jour.

OBSERVATION 11 : M^e Agu..., 41 ans.

Vu le 13 avril 1931 pour fistule.

Début : Juin 1930 par un abcès ischio-anal, incisé, compliqué d'érysipèle, cicatrisation complète.

— Juillet 1930 : un furoncle (?) et ouverture de la cicatrice.

— Septembre 1930 : nouveau furoncle, puis fistulisation persiste.

A résisté à 10 injections de pâte de Beck. Cette pâte est d'ailleurs mal tolérée. Le médecin traitant institue un drainage du trajet fistuleux avec un tube de caoutchouc.

Examen : cicatrice d'une incision ischio-anale droite, antéro-postérieure, avec à sa partie moyenne un orifice épidermisé. Trajet verticalement ascendant légèrement oblique en dedans et en arrière. Profondeur au stylet 3 cm. 5.

Intervention le 17 avril 1931 :

Dilatation. Injection au bleu par la fesse. Il en ressort dans l'anus à 18 heures, à la partie supérieure du canal anal.

Dissection à partir de la fesse ; le trajet monte légèrement oblique en dedans et en arrière puis se coude pour passer sur le bord supérieur du sphincter se diriger en dedans vers l'anus. Excision d'un seul tenant, sans section du sphincter. Capitonnage de la partie profonde et suture de la paroi rectale au catgut. Puis trois crins profonds. Capitonnage au catgut, bourdonnet iodoformé, mèche iodoformée dans l'anus.

Suites opératoires : ablation de la mèche iodoformée le 3^e jour, du bourdonnet le 6^e. *Réunion* parfaite sauf au point de jonction avec l'ancienne cicatrice. Presque épidermisé le 5 mai 1931, c'est-à-dire 18 jours après l'intervention. Se lève, s'assied sans douleur.

OBSERVATION 12 : M. P. Bol..., 33 ans.

Abcès ischio-anal gauche opéré le 22 avril 1933. Balsoforme. Dilatation, on voit jaillir un filet de pus à 17 heures dans le canal anal.

Incision du creux ischio-anal occupé par une cavité se prolongeant en avant et en arrière. Pus fétide. Drain dans le recessus antérieur ; mèche iodoformée.

Il a persisté une fistule sur la partie postérieure de la cicatrice.

Intervention le 20 juin 1933 :

Dilatation.

Injection de bleu, celui-ci sort de l'anus à 17 heures dans une fossette indurée, déprimée.

Dissection de l'orifice cutané ; on limite peu à peu un bloc qui est très induré et développé surtout en arrière vers le coccyx. Cette partie une fois isolée, on voit très bien le sphincter et on sent le trajet épais qui monte au-dessus de lui vers une cavité latéro-rectale à parois épaisses et grosses comme une bonne cerise. Pour donner du jour, on sépare de cette cavité, la partie du trajet déjà disséquée. On voit dans le fond de la plaie la demie cavité restante très bien teintée en bleu. Elle est contiguë au rectum dans lequel elle débouche par un minuscule orifice, et elle remonte par un petit trajet

de 1 à 2 centimètres jusqu'au releveur qu'elle ne paraît pas traverser. Excision de toutes les parties épaisses dont la face interne est teinte en bleu.

Suture de la paroi rectale en 2 plans, puis capitonnage de l'extrême fond au catgut. Crins profonds. Continuation du capitonnage au catgut. Peau au catgut, crins sur bourdonnet de gaze iodoformée.

Examen histologique : n° 13.663 (Leroux).

Tissu fibreux entremêlé de quelques fibres musculaires lisses, traversé par un conduit à bords anfractueux, dont la paroi est faite d'un tissu de granulation inflammatoire banal, sans image spécifique.

Suites opératoires : très bonnes.

Désunion sur 2 centimètres après ablation du bourdonnet ; léger suintement, cicatrisation en 18 jours.

OBSERVATION 13 : Ren... Rog..., 26 ans.

Vu le 23 décembre 1930 pour un abcès péri-anal gauche fistulisé.

A l'examen : tuméfaction allongée encore rouge mais en train de se flétrir, encore un peu d'œdème ; abcès ouvert depuis 3 jours, par un petit orifice juxta-anal à 14 h. 30, écoulement séro-purulent, légèrement teinté de sang.

On conseille d'attendre la résolution de l'inflammation pour traiter la fistule par extirpation, — en attendant, pansements et bains de siège.

Le malade revient *se faire opérer le 8 janvier 1931*, car il voudrait se marier au plus tôt.

L'examen à cette date montre :

— la peau amincie et ulcérée au milieu de la zone précédemment tuméfiée, par contre le petit orifice juxta-anal s'est fermé. L'ulcération est large de 5 millimètres et est entourée par une aire légèrement rose, violacée, indurée. On conseille encore des pansements humides et du collargol, etc...

Intervention le 12 janvier 1931 : sous la peau, il existe encore un décollement étendu en avant, en arrière et en dedans.

L'orifice marque la limite externe du décollement. Bleu de méthylène 15 centimètres cubes. La peau est en grande partie excisée, puis le fond est enlevé jusque contre le sphincter. A ce moment on excise un petit diverticule, postérieur, filant sur la face externe et inférieure de l'anneau musculaire. En avant un diverticule s'insinue entre le muscle et la muqueuse ; un petit entre les fils.

Excision. Points sur la partie antérieure du sphincter au catgut, puis crins profonds prenant tout, enfin capitonnage au catgut, bourdonnet, gaze iodoformée, collargol.

Suites opératoires: Température maxima : 38°. Ablation du bourdonnet le 18 janvier, c'est-à-dire 5^e jour. Peau légèrement coupée et rosée sans suintement.

Désunion partielle, superficielle en avant, plus profonde en arrière. Guérie lentement d'abord, puis plus vite. Presque guérie le 12/2/31.

Marié le 23/2/31 complètement cicatrisé, c'est-à-dire 41 jours après l'opération.

OBSERVATION 14 : M^{me} Car...

Vue le 4 octobre 1934 pour fistule.

Fistule anale à 14 h. 30.

Orifice cutané d'aspect classique en petit bouton arrondi, s'ouvrant et se fermant alternativement, à 4 centimètres de la marge.

Intervention le 12 novembre 1934.

Dilatation, le pus sourd et gicle à 1 cm. 5 au-dessus de la marge à 15 heures.

Extirpation, le trajet traverse les fibres les plus inférieures du sphincter anal. 2 points de catgut sur la petite brèche anale. Capitonnage facile, crins et catguts. Bourdonnet.

Suites opératoires :

Ablation du bourdonnet le 17 novembre 1934, c'est-à-dire le 5^e jour.

Selle facile le 19 novembre.

Réunion *per primam* excellente.

Se lève le 20^e jour, sort le 21 novembre, c'est-à-dire 9 jours après l'intervention.

OBSERVATION 15 : Car... G..., 42 ans.

Vu le 3 juillet 1934.

Début au cours d'une amibiase chronique contractée en Mauritanie il y a 12 ans, n'a pas supporté l'émétine.

Cure de Chatel-Guyon en 1928.

A toujours conservé des amibes et des kystes et une rectite chronique glaireuse.

En 1932, 1^{er} abcès de la marge, incisé et guéri en 10 à 15 jours.

En mars 1933 : nouvel abcès au même endroit, plus profond et plus gros. Incision. Cicatrisation. Dans les 2, on trouva du pus à colibacille. Traité en mai 1933 par le bismuth (12 grammes par jour) rectite (D^r Caïn), grosse amélioration locale. Fait sa cure à Chatel-Guyon (juin 1933). *En septembre 33*, nouvelle petite grosseur sur la cicatrice, puis ouverture d'une petite érosion, qui est tantôt sèche, tantôt suintante.

Puis se ferme pendant 5 mois; c'est-à-dire jusqu'au 4 juin 1934.

Du 4 au 28 juin 1933; alternatives de fermeture et de suintement.

Radiographie au lipiodol (9).

Examen : petit point cicatriciel à 16 heures et cordon très nettement perçu plus haut, montant verticalement.

Interventions le 6 juillet 1934 : malgré une forte pression, le bleu ne passe pas dans le canal anal. Extirpation d'une fistule borgne externe, bien colorée, profonde de 2 centimètres, traversant les fibres les plus inférieures du sphincter.

Suites opératoires : bourdonnet enlevé le 11 juillet 1934, c'est-à-dire le 5^e jour. Cicatrisé le 15^e jour, selle le 15 et le 16.

Donne des nouvelles en mars 1935 : état actuel et suites excellentes au point de vue local et général.

OBSERVATION 16 : Bur... Paul, 34 ans.

Vu le 10 avril 1934, grosse fistule anale.

Début : par un abcès de la fesse gauche en avril 1918; apparut après 8 à 10 jours de pesanteurs juxta-anale. Incision, *mèche*, pas de cicatrisation.

Opéré à Tours en août 1918. Incision, *mèche*, paraît se cicatriser, mais il y a toujours de la suppuration. Depuis cette époque on a fait à plusieurs reprises des petites incisions. Il persiste toujours un même petit écoulement. A certains moments l'écoulement diminue mais par contre apparaissent douleurs et gonflements.

Exploré au stylet par le médecin traitant, qui constate une communication avec le rectum. Sphincter conservé, mais légère évacuation involontaire quand il y a de la diarrhée.

Examen : Entre 15 heures et 18 heures, une plage cutanée rouge et molle à 17 heures petite ulcération à bords décollés, large de 6 millimètres.

A 18 heures petit pont fibreux et au-dessus un orifice gros comme un crayon débouchant à la sortie de l'anus.

Sphincter : bon en avant et sur les côtés.

En arrière à 18 heures il a été coupé et s'est reconstitué par une bande fibreuse.

Le serrage du sphincter est déficient.

Intervention le 30 avril 1934.

1^o Dilatation.

Exploration : entre 16 h. 30 et 18 heures il y a une plage cicatricielle avec 2^o orifices, un petit (1 à 2 millimètres) où le bleu ne pénètre pas, un plus gros (6 à 8 millimètres) où il pénètre longuement. Ressort en jet à 17 heures, à 2 centimètres au-dessus de l'orifice anal. A signaler un sillon cicatriciel radlé à 15.

2° *Incision* sur la ligne médiane, en dedans du bloc fibreux cicatriciel. Le bloc dépasse très légèrement la ligne médiane, s'étend en arrière jusqu'à la pointe du coccyx, englobe le repli ano-coccygien.

Puis incision en dehors du bloc ; cette incision se dirige, en suivant les lésions, sur la marge cutanéomuqueuse, partie gauche (du malade) en dedans du sphincter qui est représenté là par des fibres assez clairsemées. Sa partie postérieure est représentée par le bloc cicatriciel. Un long trajet diverticulaire se dirige en avant et en haut sur la paroi gauche du canal anal, en dedans du sphincter, obliquement jusqu'à la face inférieure du releveur gauche au recessus antérieur du creux ischio-anal.

On atteint qu'assez difficilement son extrémité antérieure et supérieure qui est extirpée finalement avec tout le bloc et l'orifice intra-anal.

3° *Reconstitution* : on capitone au catgut le haut du creux ischio-anal et le recessus antérieur par des points rapprochant graisse et paroi rectale (points non perforants sur le rectum). Ainsi se trouve comblé le creux ischio-anal gauche. Passage de 3 crins profonds. Puis section nette de la partie droite de l'anneau sphinctérien, presque sur la ligne médiane. Section nette de la partie gauche de l'anneau sphinctérien à 15 heures environ. Environ $\frac{1}{4}$ de la circonférence du sphincter est ainsi enlevée. Suture de la muqueuse anale reconstituant un manchon parfait. Rapprochement facile des 2 extrémités du sphincter. Il ne reste plus qu'un sillon profond postérieur et médian qui est capitoné au catgut. Peau et zone cutanéomuqueuse au catgut : 3 crins profonds sur bourdonnet iodoformé. L'orifice anal est parfait mais plutôt étroit, admet l'index.

Suites opératoires :

Température et douleurs les quelques jours suivants.

Le bourdonnet est cependant supporté. A son ablation, suintement, puis désunion de toute la partie verticale de la plaie. Le contour de l'anus restant bien arrondi et contractile.

A la première selle, passage des matières dans la plaie. Désunion de plus en plus accentuée du creux ischio-anal gauche. Il se présente bientôt comme une vaste et profonde cavité granulant bien mais où passent les matières liquides des selles.

La température est normale.

Quitte la maison de santé le 24 mai 1934, c'est-à-dire 24 jours après l'intervention.

A ce moment :

Anus bien formé, par une marge cutanée étroite, communication

entre la plaie latérale gauche et l'anus au-dessus de cette marge. Profonde cavité ischio-anale verticale en train de se rétrécir mais d'où sortent des matières venant de l'ampoule par une communication haute.

Rentre chez lui, pansement tous les deux jours.

Coreïne : les selles s'améliorent.

Se lève, sort ; appétit meilleur.

Plaie propre, bourgeonne activement.

OBSERVATION 17 : Ma... Fr..., 35 ans.

Entre à Beaujon le 1^{er} avril 1935 pour fistule anale.

Début : par un abcès remontant à 3 mois.

Depuis, écoulement tantôt de pus, tantôt de liquide séreux.

Orifice externe à 11 heures.

Intervention le 5 avril 1935.

Orifice externe à 11 heures avec zone bleuâtre décollée.

Le trajet va s'ouvrir dans le canal anal, à 12 heures.

Le bleu passe. L'excision : les trois derniers centimètres sont filiformes et aboutissent au canal anal en traversant le sphincter. Suture d'une petite brèche muqueuse de 1 centimètre. Capitonage. Bourdonnet.

Suites opératoires :

Température maxima : 38° le premier jour.

Le 4^e jour : Bourdonnet.

Le 5^e : ablation de la mèche, le 7^e ablation des catguts. Il reste une petite plaie dans laquelle on met une mèche iodoformée. Sort guéri le 24 avril 1935, 19 jours après l'intervention.

Examen histologique :

Tissu conjonctif inflammatoire à type de granulation. Pas de tuberculose, congestion marquée.

OBSERVATION 18 : M. Gu... Jac..., 28 ans.

Entre à Beaujon le 19 mars 1935.

Début remonte à 2 mois, par une série de furoncles de la région péri-anale. L'un d'eux situé à 1 centimètre de l'orifice à 19 heures continue à suinter laissant écouler une sérosité blanchâtre.

Opération le 23 mars 1935 : éther.

Orifice externe à 19 heures ; presque sur la marge cutanéomuqueuse.

Orifice interne à 18 heures à 1 cm. 5 plus haut dans le canal anal.

On soulève le trajet et on l'excise. Ce trajet est au-dessous du sphincter ; bourdonnet.

Suites opératoires : T° maxima se maintient aux environs de 38° mais pas au-dessus pendant 5 jours. Ablation du bourdonnet au 4^e. Un peu de pus mais pas de désunion. Sort complètement guéri le 3 avril 1935.

Examen histologique : pas de trace histologique de tuberculose. Inflammation banale en surface du trajet fistulé, à structure de bourgeon chanu. Infiltration lympho-plasmocytaire banale en profondeur.

OBSERVATION 19 : Ghi... Tho..., 37 ans.

Entre à la Charité le 21/1/35 pour abcès de la marge.

Début : incision le 23/1/35, il persiste une fistule.

Opération le 5/2/35. Ether.

Orifice externe à 9 heures assez éloigné donnant accès à un décollement. Le bleu ne passe pas dans l'anus. Excision du décollement superficiel. Il y a un petit prolongement antérieur. Le trajet fistuleux va en arrière vers le rayon de 7 heures, traverse le sphincter et aboutit sous la paroi rectale épaissie. Excision sans ouverture de la muqueuse. 4 crins profonds.

Suites opératoires : température à 38° le troisième jour, on constate de l'inflammation le long du bourdonnet, on l'enlève, le lendemain il s'écoule un peu de pus, la fièvre descend.

Le malade sort le 26/2/35, après 18 jours de séjour.

OBSERVATION 20 : Pay... Pa..., 23 ans.

Entre à la Charité le 21/1/35 pour fistule.

Début par un abcès de la marge en décembre 33. Cet abcès évolue pendant trois mois et s'ouvre en laissant s'écouler un pus abondant. Depuis, un petit orifice à 1 centimètre de l'anus à 13 heures, qui suinte en donnant de temps en temps une goutte de pus. Avec le stylet on se rend compte qu'il existe un trajet fistuleux. Rien au poumon, au cœur, ni dans les urines.

Intervention le 24/1/35 : Ether.

Fistule très petite à 13 heures à 1 cm. 5 de la marge anale.

Injection au bleu : ressort dans le canal anal par une crypte, passage assez difficile.

Trajet sous-sphinctérien et sous-muqueux. Excision, trois crins profonds.

Suites opératoires : température maxima le 1^{er} jour à 37°8. Sort guéri le 3/2/35, dix jours après l'intervention.

OBSERVATION 21 : Ros... Re..., 19 ans.

Entre le 6 mai 1930.

Opéré de fistule dans le service, par mise à plat, il y a deux mois.

Début : cette fistule était survenue après un abcès en décembre 1929. Pendant trois semaines, tout va bien. Puis la fistule se remet à donner comme la première fois. Le malade revient pour se faire réopérer. Urines : ni sucre, ni albumine. Actuellement fistule de la zone cutanéomuqueuse à 15 heures.

Intervention le 13/5/30 : schleich.

Dilatation, bleu en grosse quantité, cavité d'abcès, longue transversalement de 4 centimètres, large dans le sens antéro-postérieur de 2 centimètres environ.

Excision totale-bourdonnet.

Suites opératoires : T° maxima : 37°5.

Bourdonnet le 5^e jour. Purge le 7^e. Le malade sort guéri le 23 mai 1930, dix jours après l'intervention.

OBSERVATION 22 : Req... Louis, 26 ans.

Début : Abcès de la marge il y a 2 ans. A été opéré sans donner de fistule.

Abcès au même endroit en août 1929 ; ouvert le 25 à Necker. Laisse persister une fistule qui se bouche de temps en temps puis se rouvre. Depuis 5 jours resouffre beaucoup, coule assez abondamment (pus).

Fistule borgne externe à 17 heures ; 2 centimètres de profondeur, verticalement ascendant.

Intervention le 26/5/30 : Rachi.

Extirpation d'une fistule située à 17 h. 30.

Injection de bleu ; il en ressort dans le rectum. Dilatation : On voit qu'il y a un petit orifice à 17 heures intra-sphinctérien.

Extirpation totale des 2 orifices, d'un diverticule s'étendant vers la droite (du malade), d'une poche grosse comme une noisette à 17 heures et d'un autre diverticule assez allongé en avant et à gauche. Ce diverticule est dans les fibres du sphincter. Suture au catgut sans bourdonnet.

Suites opératoires : T° maxima le 2^e jour à 37°7.

Réunion *per primam*.

Sort complètement guéri le 7 juin 1930, c'est-à-dire au bout de 11 jours.

OBSERVATION 23 : M... René, 26 ans.

Entre aux *Ménages* le 29 avril 1930.

Début : Fistule à la suite d'un abcès qui s'est ouvert spontanément le 14 mars. Pansements humides alcoolisés, puis fistulisation.

Siège : à 2 centimètres environ en arrière de l'orifice anal.

La peau est amincie, légèrement bleuâtre, tendue au-dessus de la cavité de l'abcès, elle porte 2 petits orifices.

Opération le 3 mai 1930 :

Intervention : Fistule anale post-borgne externe.

La fistule est constituée par une cavité d'abcès allongé verticalement à 18 heures, longue de 3 centimètres, large de 1 centimètre recouverte par une peau amincie, bleuâtre.

Aspect tuberculeux. Injection de bleu. Extirpation. 3 crins profonds, prenant tout et noués sur un bourdonnet. Lèvres cutanées au catgut.

Suites apyrétiqes : Tampon le 4^e jour. Les catguts tombent seuls. Lavement au 7^e jour. Complètement cicatrisé avant son départ le 14/5/30. Durée : 11 jours.

OBSERVATION 24 : Ri... Maurice, 27 ans.

Entre aux Ménages le 3 juin 1930.

Début : Fistule anale consécutive à un abcès chaud dont l'apparition remonte à un an.

Fistule latéro-anale droite à 9 h. 30 laissant s'écouler un liquide séro-purulent assez abondant.

Direction du trajet au palper : en avant.

Longueur : 1 cm. 5 environ.

Exploration au bleu : trajet aboutissant en avant à une poche aplatie.

Opération le 6 juin 1930. Sorti le 18 juin 1930.

Fistule borgne externe à 9 h. 30. Epidurale.

Bleu. Dissection d'un orifice situé à 9 heures, d'un petit trajet de 1 centimètre se dirigeant en avant et d'une petite poche aplatie. Suture au catgut avec crins profonds et bourdonnets.

Suites opératoires : Température maxima 37°9 le 1^{er} jour.

Bourdonnet et mèche le 6^e jour.

Purge le 9^e.

Guérison complète *per primam*.

OBSERVATION 25 : Gal...

Entre aux Ménages le 7 avril 1931 pour une fistule anale, consécutive à 2 abcès.

Début : Le 1^{er}, le 24 décembre 1930.

Ouvert sous anesthésie à Tournon et guéri.

Le 2^e, 15 jours après, ouvert à domicile le 9 janvier 1931.

Il persiste une fistule à droite à 22 h. 30.

Intervention le 16 avril 1931.

Dilatation. Bleu. Il en ressort dans le rectum. Extirpation com-

plète. Suture. Crins profonds sur bourdonnet. Catgut pour capitonnage et peau.

Suites opératoires :

- Température maxima : 38° le 2^e jour.
- Ablation du bourdonnet le 6^e.
- Purge le 7^e, fils le 8^e.
- Le malade sort le 9^e jour.

OBSERVATION 26 : Gue... Léon, entre à l'Hôpital des Ménages le 1^{er} décembre 1931 pour une fistule anale.

Il s'agit d'une fistule anale congénitale (?). Orifice cutané large siégeant à 18 heures. Trajet court. Tapissée de peau, long de 2 centimètres environ et allant vers le canal anal.

Intervention le 8 décembre 1931. Schleich.

La fistule est enfilée sur une sonde cannelée et enlevée d'un bloc. Suture. Crins profonds sur bourdonnet.

Suites opératoires :

- Température maxima le 1^{er} jour : 37°8, jusqu'à ablation du bourdonnet au 5^e jour.
- Après ablation du bourdonnet, rien au niveau de la plaie ; la température tombe et se maintient aux environs de 37°3.
- Lavement le 8^e jour.
- Réunion *per primam*.
- Le malade sort 15 jours après l'intervention.

OBSERVATION 27 : Le...

Entre aux Ménages le 26 novembre 1931 pour une fistule anale.

Début : après abcès d'apparition insidieuse.

Ouverte spontanément depuis 3 mois environ.

Depuis ce moment, alternative de rétention avec douleurs et découlement de liquide hémato-purulent.

Pas de douleurs à la défécation.

Intervention le 5/12/31. Schleich.

Fistule à 20 heures, borgne externe, se dirigeant vers la fesse, sur 2 centimètres environ de long, sous et extra-sphinctérien.

Excision rapide et facile. Suture.

Crins profonds sur bourdonnet.

Suites opératoires :

- Température maxima : 37°5 le 1^{er} jour.
- Bourdonnet le 5^e.

Le malade est guéri *per primam* le 18/12/31, 13 jours après son intervention.

OBSERVATION 28 : Esn..., 29 ans.

Vient aux Ménages le 6 octobre 1933 pour fistule anale.

Début : par un abcès qui remonte à 4 ans. Abcès incisé et resté fistulisé.

Examen : petit orifice à 17 heures, à peine ouvert et suintant.

Intervention le 10 octobre 1933. Ether.

Dilatation, injection de bleu : issue du liquide dans l'orifice anal à 2 centimètres de l'autre orifice sur le même rayon.

Le trajet est intra-sphinctérien. Il est excisé très facilement. Suture. Bourdonnet.

Suites opératoires.

— Température maximum le 1^{er} jour : 38°2.

— Bourdonnet le 5^e jour.

— Sort guéri *per primam* 12 jours après l'intervention.

OBSERVATION 29 : Len... Henri, 34 ans.

Entre aux Ménages le 6 janvier 1934 pour fistule à l'anus.

Début en 1929 par un abcès de la fosse ischio-anale qui s'est formé en quelques mois. Incisé. Cicatrisé.

En 1930, six mois après, le malade s'aperçoit de l'existence sur la cicatrice, d'un pertuis qui se referma très vite mais s'ouvrit de nouveau au bout de quelque temps.

En 1931 *opéré* à Châlons pour fistule anale. Tout a l'air de bien se passer, mais 4 à 5 mois après l'intervention, le malade ressent des douleurs au niveau de la cicatrice ; enfin en octobre 1933, il s'aperçoit qu'il se forme, au niveau de la cicatrice, un phlyctène séro-purulent qui s'ouvre et se referme, à peu près tous les 15 jours, et depuis il s'en écoule du pus.

Examen : Zone cicatricielle à 10 heures, 11 heures.

Sur cette zone à 4 centimètres de l'anus une petite trace orificielle fermée. A partir d'elle on sent un petit cordon sous-cutanéomuqueux qui se dirige vers 8 heures. On trouve l'orifice à la sonde.

Intervention le 12/1/34. Dilatation.

Le bleu sort dans l'anus dans le rayon de 7 h. 30 à 1 cm. 5 au-dessus de l'orifice anal. Excision de l'orifice et excision facile du cordon fistuleux jusqu'au bord inférieur du sphincter. A cet endroit le trajet traverse des fibres les plus inférieures qui sont sclérosées et qu'on sacrifie. Excision de l'orifice muqueux. Fermeture de la muqueuse au catgut, 2 catguts sur la partie inférieure du sphincter écorné. Hémostase. Capitonage 3 crins profonds sur bourdonnet.

Suites opératoires :

— Température maximum : 37°5.

— Bourdonnet le 6^e jour.

— Sort guéri *per primam* le 10^e jour.

Examen histologique n° 14.190 (Leroux).

Le trajet examiné en plusieurs points est aisément repéré grâce à l'injection bleue qui le dessine. Il se montre histologiquement entouré d'un simple filtrat lympho-plasmacytaire ; d'aspect banal, qui n'exclut pas la nature tuberculeuse, mais qui ne permet pas de l'affirmer. Il n'y a pas d'aspect folliculaire tuberculeux.

OBSERVATION 30. — Lam..., 54 ans.

Entre aux Ménages le 4 janvier 1934 pour une fistule anale.

Début : Abscess de la fosse ischio-anale incisé le 3 octobre 1933 à Tenon ; mais il persiste une fistule avec écoulement persistant, sans phénomène de rétention.

Examen : Orifice fistuleux à 15 heures sur la cicatrice de l'incision.

Intervention le 11 janvier 1934 : Ether.

Dilatation : Injection de bleu, il en sort à la commissure postérieure de l'anus. Excision de l'orifice cicatriciel sur la fesse gauche, puis incision dirigée en dedans vers la commissure postérieure. La fistule est épaisse, elle passe par-dessus le sphincter puis redescend sous la muqueuse en arrière. On est obligé de brancher une incision postérieure vers la pointe du coccyx et le raphé. La fin du trajet est intra-sphinctérienne, très fibreuse. Excision, fermeture du canal anal par en dedans par 2 catguts. Puis hémostase. Capitonage 2 crins profonds sur l'incision transversale. Bourdonnet iodoformé.

Suites opératoires :

— Température maximum à 39° le 2^e jour.

— Ablation du bourdonnet le 5^e, il s'écoule un peu de pus.

— *Désunion partielle*.

— Sorti le 16^e jour cicatrisé avec un sphincter souple et se contractant très bien sur le doigt.

OBSERVATION 31. — Rol... Jos., 61 ans.

Entre aux Ménages le 21 novembre 34.

Début : Inderminé. Le malade pense qu'il a présenté tout au début, un durillon à la fesse gauche, sans douleurs, sans écoulements, suintement depuis trois mois, puis écoulement qui dure quelques jours. Enfin se tarit. Actuellement petite macule indurée, centrée par un orifice minuscule à 15 h. 30 à 4 centimètres environ, à gauche de l'orifice anal. De cet orifice part un cordon sous-cutané nettement perceptible qui se dirige vers la profondeur.

Intervention le 27 novembre 1934.

Après nettoyage du rectum, on injecte la fistule au bleu et on constate qu'elle ne communique pas avec l'ampoule. Incision en couronne, autour de l'orifice externe ; une pince saisit les tissus fibreux autour de la fistule. On dissèque en tissu sain. On isole ainsi un trajet fistuleux, épais, très sinueux passant à travers les fibres du sphincter atteignant presque la muqueuse rectale. On l'enlève. Fermeture, catgut et crins profonds.

Suites opératoires : Température maximum à 38°8 le 7^e jour, le bourdonnet est enlevé le 6^e, désunion partielle, chute brusque de la température à 37° le 8^e jour. Cicatrisé complètement, sort le 11 décembre 1934.

OBSERVATION 32. — Ni... Mar., 28 ans.

Entre à l'Hôpital des Ménages le 26 novembre 1934.

Fistule anale datant de 8 mois :

— Un abcès de la fesse ischio-anale gauche à 18 ans qui fait souffrir 2 à 3 jours, puis après ouverture spontanée, se cicatrise en 5 jours, reste des années sans gêne ni symptômes.

— Il y a huit mois, accident de vélo (?) L'abcès se reforme plus gros et plus douloureux ; au bout de 15 jours de douleur l'abcès s'ouvre spontanément, coule pendant une huitaine puis se ferme ; depuis ce moment se ferme 2 à 3 jours et coule 2 à 3 jours. Pas de troubles de la miction, ni de la défécation.

Examen : Orifice en cul de poule, sur une élevation grosse comme un demi-pois, à 4 centimètres de l'orifice anal, à gauche, à 14 heures. Cordon très net allant horizontalement vers la commissure antérieure de l'anus.

Intervention le 29 novembre 1934 :

Le bleu passe facilement dans le canal suivant le rayon de 14 heures. Excision en ellipse et excision d'un trajet. Il est souple allant jusqu'à l'anus à travers le sphincter anal, 2 catguts 00 sur la muqueuse. Capitonnage. 4 crins profonds sur bourdonnet.

Suites opératoires : Hématome. Ablation du bourdonnet le 4^e jour, désunion de deux points, aucune infection.

Opéré le 27-11-34, sort le 11-12-34 après un séjour de 15 jours.

Examen histologique, n° 15.067 (M. Leroux).

En bordure de la fistule le tissu conjonctif est infiltré d'éléments inflammatoires polymorphes sans images spécifiques. Inflammation banale subaiguë (Leroux).

OBSERVATION 33. — Gil..., Al.

Entre aux Ménages le 1^{er} juin 1931 pour fistule anale.

Début indéterminé.

Petite fistule borgne externe à 23 heures. Petit orifice à 1 cm. 5 de la marge.

Se ferme et le malade en souffre, s'ouvre, laisse couler un pus et ainsi de suite.

Intervention le 6 juin 1931 : Schleich.

Dilatation : Bleu. Il ne vient rien dans le rectum. L'orifice est circonscrit par une petite ellipse, et le trajet disséqué. Il est net, blanc, comme une plume d'oie, rectiligne et s'enfonce dans la profondeur, vers les fibres les plus internes du sphincter qu'il traverse. Se dissèque facilement, il est contre la paroi rectale et aboutit après 2 cm. 5 environ à un petit peloton musculo-fibro-graisseux du volume d'un gros pois, qui paraît être l'origine de l'abcès. Extirpation. 2 crins profonds liés sur le bourdonnet de gaze iodoformée. Capitonnage. Hémostase et peau au catgut.

Examen macroscopique :

Trajet blanc, nacré, sec ; le bleu ne l'a pénétré que très peu.

Examen histologique, n° 11.413 (Leroux).

On est en présence d'un tissu fibreux, dense, avec sclérose vasculaire, quelques nodules inflammatoires lymphoïdes. Aucune image spécifique. Inflammation chronique banale.

Suites opératoires :

— Température à 37°6 le 1^{er} jour.

— Bourdonnet le 4^e jour.

— Malade sort guéri per primam le 12^e jour après l'intervention.

OBSERVATION 34. — Neck... Al..., 32 ans.

Entre le 25-1-33 aux Ménages.

Début indéterminé.

Fistule anale droite à 20 heures.

Opération le 2-11-35 (n° 69). Ether.

Le bleu pénètre facilement et ressort dans le canal anal à 18 heures

Extirpation d'un trajet qui est unique, épais et traverse le sphincter. Suture de la graisse, du sphincter, de la muqueuse. De l'orifice anal, part un trajet sous-muqueux ascendant. Bourdonnet.

Suites opératoires :

— Température maximum à 38°5 le 2^e jour.

— Bourdonnet le 5^e jour.

— Réunion per primam en 10 jours.

OBSERVATION 35. — Eld... Si...

Fistule anale entrée le 16 mai 1932.

Début indéterminé.

Opération le 17 mai 1932 : Éther.

Orifice externe minuscule, non suintant, dans lequel on enfonce difficilement, l'extrémité de la sonde, à 1 centimètre de profondeur ; orifice situé à environ 6 centimètres de l'anus sur le rayon de 14 heures. On circonscrit l'orifice par une ellipse et on dessèque le trajet sur 1 cm. 1/2 de profondeur environ. A ce moment la sonde paraît s'enfoncer plus loin. On injecte du bleu qui ressort à l'entrée de l'anus à midi.

Examen histologique n° 12.241.

Tissu conjonctif inflammatoire subaigu banal avec bourgeon charnu en surface interne. Pas d'épithélium de revêtement. Aucune origine reconnaissable histologiquement.

Suites opératoires : Température maximum le 1^{er} jour à 38°.

Bourdonnet le 6^e jour.

Guérison per primam.

Sort le 13^e jour.

OBSERVATION 36. — Gib... Fer..., 45 ans.

Entre aux Ménages le 23 mai 1934 pour fistule anale.

Début indéterminé.

Examen : Orifice cutané à 18 h. 15 à 1 cm. 5 de la marge ano-cutanée.

Intervention le 26 mai 1934 : Éther.

Dilatation. Injection de bleu, il en ressort à 18 heures dans le canal anal. Excision d'un trajet de 3 cm. 5 environ. Suture, bourdonnet.

Examen histologique n° 14.555 (Leroux).

Autour du trajet fistuleux et à distance de celui-ci, se trouvent seulement, des stigmates d'inflammation banale aiguë ou subaiguë ; polynucléaires en bordure de la cavité, lymphocytes et plasmocytes à distance, aucune image spécifique.

Suites opératoires : Température maximum de 37°6 le 6^e jour.

Bourdonnet le 6^e jour, cicatrisation per primam.

Le malade sort guéri 12 jours après l'intervention.

OBSERVATION 37. — Ren... Geo..., 28 ans.

Entre aux Ménages le 18 avril 1934 pour fistule anale.

Début indéterminé.

Examen : petit orifice à 18 heures ; à 1 cm. 5 de la marge ano-cutanée.

Intervention le 20 avril 1934 :

Dilatation : Le bleu entre dans l'anus sur le même rayon à un petit centimètre au-dessus de l'orifice.

Dissection du trajet qui traverse les fibres les plus inférieures du sphincter. Il reste un orifice de 5 à 6 centimètres dans la muqueuse rectale. Suture. 2 crins profonds. Capitonnage. Bourdonnet par gaze iodoformée.

Suites opératoires : Température maximum 38° le 2^e jour.

Bourdonnet le 4^e.

Cicatrisation per primam, sortie le 12^e jour.

OBSERVATION 38. — Lar... Hen...

Entre aux Ménages pour une fistule anale.

Début indéterminé.

Examen : Très petit orifice cutané à 9 heures.

Intervention le 20-10-32 : Éther.

Le bleu ressort par une crypte de Morgagni au même niveau que l'orifice cutané. Il existe un diverticule antérieur, dans le sphincter qui est sclérosé, et qui doit être en grande partie excisé. Suture exacte. Crins profonds sur bourdonnet, le reste au catgut.

Suites opératoires : parfaites.

Sort 10 jours après l'intervention.

OBSERVATION 39. — Ken... 1931.

Entre aux Ménages le 3 novembre 1931 pour fistule anale.

Examen : Orifice sec, verruquöide à 21 heures.

Intervention le 7 novembre 1931 : Schleich.

Extirpation d'un nodule allongé comprenant :

— L'orifice et une petite cavité fougueuse, grosse comme un grain de maïs.

— Un cordon fibreux blanc, sans lumière apparente, long de 6 centimètres environ.

— Une petite cavité kystique allongée, longue de 12 centimètres environ à parois minces, souples, d'aspect dermoïde ne contenant ni pus, ni liquide mais un petit faisceau de poils libres.

Dans la profondeur, cette petite cavité se continue par un tractus sans lumière apparente, puis pénètre dans les fibres du sphincter.

Suites opératoires : Température maximum le 1^{er}, le 2^e jour à 38°7, puis 37,5 et au-dessous.

Guérison per primam en 11 jours.

OBSERVATION 40. Bad... Aug..., 57 ans.

Entre à Beaujon le 22 avril 1935 pour fistule à l'anus.

Début indéterminé.

L'orifice cutané est à 14 heures entouré d'un nodule adhérent.

Intervention le 4 avril 1935 : Éther.

Dilatation. Le bleu ne passe pas. Excision du noyau péri-orificiel, le trajet traverse les fibres les plus inférieures du sphincter et aboutit contre la muqueuse dans l'épaisseur de la paroi rectale où il existe une petite logette qui contient une concrétion *dure, fécale*, probablement, qui a *arrêté le bleu*.

Excision, suture d'une *brèche* muqueuse de 6 à 8 millimètres. Bourdonnet.

Examen histologique. — Tissu inflammatoire subaigu banal, sans tuberculose.

OBSERVATION 41 : Sod... Mar..., 45 ans.

Entre à Beaujon le 8 avril 1935, pour une fistule anale.

Début à l'âge de 18 ans à la suite d'un abcès sans fièvre. Depuis, la fistule est soumise à des alternatives de fermetures et d'écoulements, qui se font tous les deux ou trois ans.

A l'examen : Elle est sèche, orifice cutané vers 21 heures.

Intervention le 13 avril 1935 : Excision, suture primitive.

Suites opératoires parfaites, sans fièvre, guérison per primam en 11 jours.

OBSERVATION 42 : Men... Ma..., 32 ans.

26 juillet 1933.

Entre à la clinique le 25 juillet 1933.

Début en octobre 1932 par un abcès du creux ischio-anal droit qui a été incisé et a cicatrisé en laissant une fistule. Orifice externe sur la cicatrice à 8 heures.

Opération le 26 juillet 1933 : L'injection colorante ressort dans l'anus à 10 heures. Extirpation de toute la cicatrice et du bloc fibreux sous-jacent. Ce bloc se continue par un mince filament bleu, étiré entre les fibres du sphincter.

Crins sur bourdonnet et catgut.

Suites opératoires : Température maxima à 38°5 le lendemain.

Purge le 9^e jour.

Cicatrisation per primam.

Sort le 2 août, 10 jours après l'intervention.

OBSERVATION 43 : Mar... Ad..., 48 ans.

Entre à Beaujon le 13 mai 1935 pour une fistule anale.

Début par un abcès il y a trois ans, incisé et guéri.

Depuis 4 mois, la fistule se remet à couler. Écoulement peu abondant, de sérosité sanglante. Très peu de pus.

Examen cliniquement fistule extra-sphinctérienne.

Opération le 14 mai 1935.

Orifice à 15 heures et à 2 cm. 5, 3 centimètres de l'anus.

Excision d'une cavité de suppuration, grosse comme une cerise puis canal trans-sphinctérien, traversant le muscle en avant près d'un noyau fibreux. Petit orifice anal, fermé par 3 points de catguts.

Sphincter au catgut très bien reconstitué. Crins profonds et bourdonnet.

Suites opératoires : Mèche rectale le 2^e jour.

— Température maxima à 38°⁴ le 5^e jour.

— Ablation du bourdonnet le 6^e jour, purge le 8^e, ablation des fils le 10^e, la malade sort le 29 mai 1935 ; 15 jours après l'intervention. Guérison per primam.

QUATRIÈME CHAPITRE

DÉDUCTIONS

L'étude de ces observations nous conduisent à des déductions anatomo-pathologique, étiologique et statistique, et elles nous amènent à mieux préciser les indications opératoires.

DÉDUCTIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES

La variété trans-sphinctérienne, nous a paru la plus fréquente. En effet, sur 43 fistules, 18 étaient transsphinctériennes soit 42 %, 13 intra-sphinctériennes soit 30 %, 9 extra-sphinctériennes soit 21 % et enfin 3 intra et trans-sphinctériennes soit 7 %.

Trente-six étaient complètes soit 84 %, sept borgne externes soit 16 %. Il faut remarquer dans cette dernière variété une particularité très intéressante au point de vue pathogénique, c'est que sur les sept fistules borgne externes, trois, c'est-à-dire presque la moitié, présentaient un trajet terminal trans-sphinctérien et venaient *se terminer dans la paroi rectale au contact de la muqueuse* (obs. 19-31-33).

L'examen macroscopique des trajets excisés, a toujours montré des callosités périphériques, des diverticules, souvent des chambres de suppuration intermédiaires, mais surtout à la partie terminale sur un ou deux centimètres une lumière filiforme, difficile à cathétériser et formée de tissu souple, sans callosités périphériques. L'orifice muqueux était minime dans ce cas. Ceci explique les difficultés que l'on a, à voir cet orifice, même avec une rectoscopie très soigneuse.

L'étude du siège des orifices internes (1) et externes a mis

(1) Les fig. ci-contre représentent, schématiquement, par un cercle, la marge ano-cutanée comparée à un cadran de montre ; les chiffres indiquent le nombre

en évidence certaines constatations intéressantes. Malgré l'existence d'orifice muqueux médian antérieur (fig. 31-

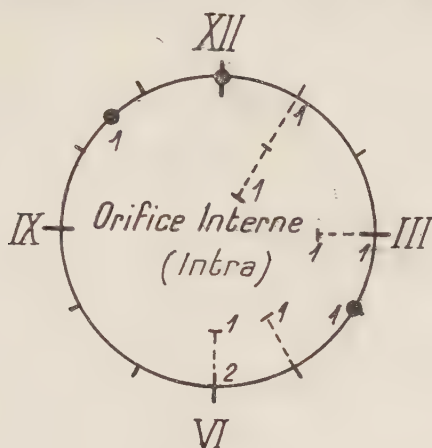


FIG. 31.

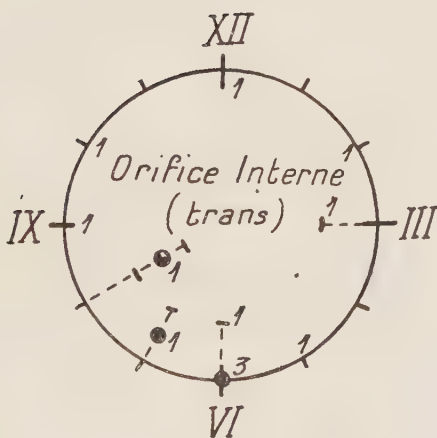


FIG. 32.

32-33), il n'y a pas un seul cas d'orifice cutané, ayant ce même siège au niveau du périnée (fig. 34-35-36) ; enfin la

d'orifices, placés par rapport aux heures et aussi par rapport à la distance qui les sépare de la marge ; cette distance est représentée en centimètres pour chaque trait, subdivisant les rayons ou leurs prolongements.

plus grande fréquence des orifices cutanés et muqueux à siège postérieur. Donc, tout orifice cutané médian antérieur doit a priori faire penser à une fistule d'origine extra-rectale,

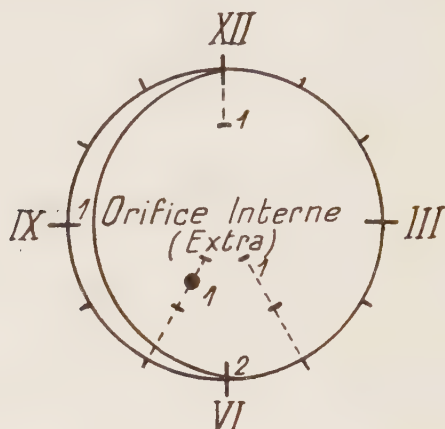


FIG. 33.

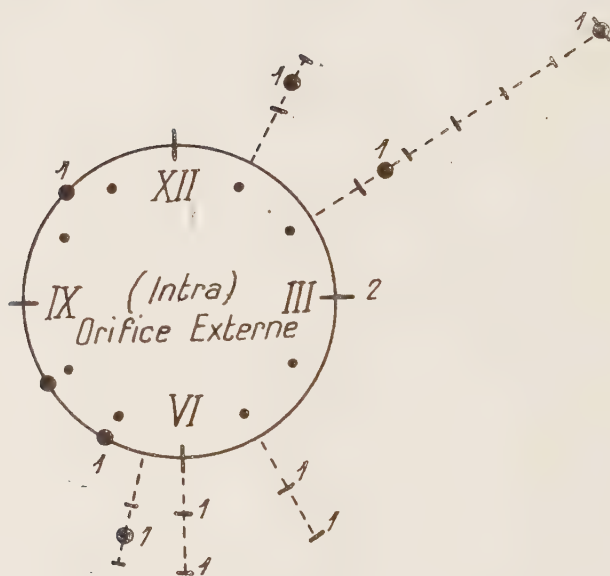


FIG. 34.

comme tout orifice périnéal médian postérieur doit éveiller en premier l'idée de fistule anale.

Si l'on s'en tient à la distance de l'orifice cutané par rapport à la marge anale, et qu'on les rapporte à la variété de fistule, on peut conclure, que *les trans-sphinctériennes sont*

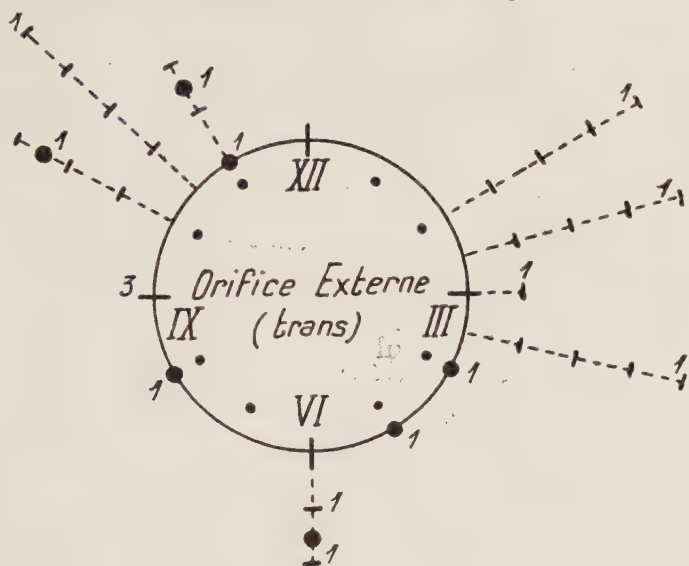


FIG. 35.

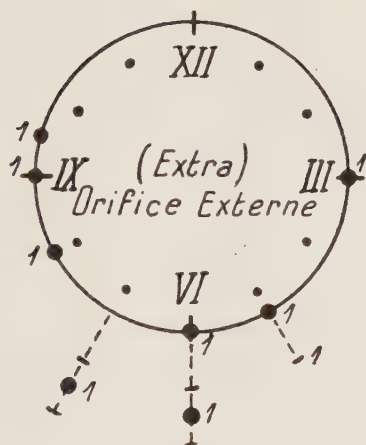


FIG. 36.

les plus éloignées (fig. 35), *les extra-sphinctériennes les plus rapprochées* (fig. 34 ou 36).

L'examen histologique a montré plusieurs variétés de lésions.
Soit *une lésion nettement tuberculeuse* (obs. 8-10).

Soit *une lésion pour laquelle on n'a pu ni affirmer ni infirmer* cette étiologie (obs. 29).

Soit *une inflammation subaiguë banale* :

Celle-ci atteignait soit superficiellement la partie axiale de la fistule (obs. 18-36) soit la totalité des tuniques (obs. 4-9-12).

Soit enfin, *une inflammation chronique banale* (obs. 33).

DÉDUCTIONS ÉTIOLOGIQUES

Sur 43 observations, nous n'avons rencontré que 2 cas, où l'examen microscopique a montré la tuberculose, une fois l'histologie pathologique, n'a pu trancher la question ni pour ni contre la tuberculose, enfin un cas de fistule anal chez un tuberculeux pulmonaire non évolutif. Si nous admettons que ces 4 cas soient toutes des fistules tuberculeuses, nous obtenons un chiffre de 9 % environ. Si maintenant nous nous rapportons aux 12 cas de fistules où l'examen histologique a été pratiqué, nous ne trouvons que deux cas acceptables, soit une proportion de 17 % environ.

Nous n'avons pas l'intention de discuter l'étiologie des fistules à l'anus, ni celle de la fréquence de la tuberculose, mais nous devons toutefois faire remarquer, qu'à côté des chiffres classiques, qui attribuent 80 % des cas et même plus, aux méfaits du bacille de Koch, les auteurs modernes se sont très bien rendus compte, qu'on devait faire de grandes réserves quant à ces chiffres.

Le Professeur Hartmann, cité dans les 9 agrégés, sur 48 cas trouve 47 % de fistules tuberculeuses et sur 100 tuberculeux à lésions non évolutives, 5 % de fistules de même nature.

Chisholm, dans *Surgery, Gynecologie and obstetrics* de Mars 1933, sur 155 cas d'abcès et fistules ischio-anaux trouve :

106 malades indemnes de toute tuberculose viscérale.

18 avec une tuberculose fibreuse torpide.

31 tuberculeux à lésions évolutives.

Le B. K. recherché dans les trajets par inoculation du cobaye, n'a jamais été trouvé chez les sujets exempts de

tuberculose. Il a été décelé chez 55 % des tuberculeux torpides et chez 77 % seulement, des tuberculeux pulmonaires en activité. Ce qui fait par rapport au chiffre global de 155 fistules, un pourcentage de 22 %.

Delfore del Valle et A. Yodice, sur une étude, parue en juillet 1933, portant sur 300 observations personnelles, donnent le chiffre de 18 %.

Nous voyons que ces chiffres se rapprochent sensiblement de notre pourcentage de 17 %. Aussi voulons-nous croire, que l'étiologie tuberculeuse a été trop exagérée et qu'une révision complète de cette question, en tenant compte des notions anatomo-pathologiques et de la réaction de Frei, serait des plus intéressante.

Soulignons enfin une notion qui nous étonne et que nous voudrions faire ressortir ; c'est celle de la si grande fréquence des fistules dans le sexe masculin :

75 sur 86 malades, soit 87 % dans la statistique du professeur Hartmann.

33 sur 44 malades soit 75 % dans celle de notre étude.

Nous savons pourtant la plus grande fréquence de la constipation et de la collibacillose chez la femme.

DÉDUCTIONS STATISTIQUES CONCERNANT LES RÉSULTATS OPÉRATOIRES

Sur 43 malades opérés par cette méthode nous notons :

32 guérisons *per primam* soit 74 %, avec un total de 365 jours et une moyenne de 11 jours et demi environ.

9 désunions partielles soit 20 % avec un total de 161 jours et une moyenne de 18.

2 échecs avec désunion complète soit 5 %. L'un d'entre eux guérit en 41 jours. Le 2^e fut un échec complet.

Nous comparerons ces résultats à ceux du Professeur Delbet.

En 1892, dans la Thèse de Legras, il réunissait ses treize premières observations avec dix guérisons *per primam* soit 76 %, deux échecs partiels soit 15,50 %, un échec total soit 7,5 %.

En 1901, dans celle d'Arsonneau ; il présente 60 malades avec 49 succès complets soit 82 %, 11 échecs soit 18 %.

Enfin en 1907 à Reims, au Congrès de l'Association Française pour l'Avancement des Sciences, il avait opéré 119 malades. Sur 96 qui avaient pu être suivis, il avait obtenu 70 réunions *per primam* soit 72 % de succès parfait. Ce chiffre est presque superposable à celui de 74 % que nous trouvions plus haut, pour les 43 malades de notre Maître le docteur Madier.

L'ensemble de ces statistiques fournit des résultats qui parlent d'eux mêmes et se passent de commentaires.

Mais nous croyons qu'ils peuvent être améliorés et pour cela, nous avons fait l'analyse des résultats exposés plus haut ; par rapport à l'âge de la fistule, par rapport aux examens histologiques pratiqués et par rapport à la perception du cordon qui continue et constitue la fistule et que nous considérons d'une importance pronostic post-opératoire de haute valeur.

Nous dresserons ainsi trois tableaux :

1. — *Comparaison des résultats par rapport à l'âge de la fistule*

Age de la fistule	Nombre de malades	Echec total	Désunion partielle	Guérison
2 semaines	1	—	1	—
1 mois.....	3	1	1	1
6 semaines	1	—	—	1
2 mois.....	2	—	1	1
3 mois.....	6	—	3	3
4 mois.....	1	—	1	—
8 mois.....	2	—	1 (hématome sans suppuration)	1
10 mois.....	3	—	1 (superficielle)	2
11 mois.....	1	—	—	1
12 mois.....	1	—	—	1
16 mois.....	1	—	—	1
4 ans.....	2	—	—	2
27 ans.....	1	—	—	1
Indéterminée	8	—	1	7
Indéterminée mais vieille probable	3	—	—	3
Congénitale (?).....	1	1	—	—

Nous placerons à part *les fistules récidivées*, dont la première (obs. 21) âgée de 6 mois a été opérée par l'excision deux mois après la récurrence, avec réunion par première intention ; la 2^e (obs. 5) opérée une première fois deux mois après l'abcès, récurrence ; l'excision suivie de suture immédiate 9 mois après, donne une guérison *per primam*, enfin la 3^e (obs. 16) récidivée 2 fois et opérée en dernier lieu par excision très large a présenté de grosses difficultés de suture et a été un échec complet.

De ce tableau, on dégage très facilement **LA VALEUR ÉNORME DE LA NOTION D'ÂGE**. En effet, les désunions partielles ne se voient que jusqu'à l'âge de 4 mois ; nous trouvons bien une désunion pour les fistules de 8 mois, mais elle est consécutive à un hématome non suppuré, d'autre part la désunion de celle de 10 mois n'a porté que sur la peau. Sur ce même tableau on voit aussi, qu'à partir de 4 mois, une fistule, a toutes les chances de guérir par première intention après excision totale et suture immédiate.

2. — Dressons maintenant le tableau *par rapport aux examens histologiques pratiqués*.

Histologie pathologique	Age de la fistule	Guérison P. P.	Désunion partielle et guérison
Inflammation subaiguë (obs. 9) ..	2 semaines	—	(20 jours)
» » (obs. 12) .	2 mois	—	(18 jours)
» » en surface (obs. 18).....	2 mois	(11 jours)	—
Inflammation subaiguë (obs. 17) .	3 mois	—	(19 jours)
» » (obs. 32) .	8 mois	—	par hématome (19 jours)
» » (obs. 35) .	?	(10 jours)	—
» » (obs. 40) .	?	(12 jours)	—
Poly en bordure centrale, lympho à distance (obs. 36).....	?	(12 jours)	—
Chronique (obs. 33)	?	(12 jours)	—
Infiltration lymphoplasmocytaire qui n'exclut pas la tuberculose mais qui ne peut l'affirmer (obs. 31)	4 ans	(10 jours)	—
Tuberculose (obs. 10)	4 mois	(15 jours)	(22 jours)
Tuberculose (obs. 8)	16 mois	—	—

Ce tableau montre nettement, encore une fois comme le précédent, que la guérison *per primam* dépend surtout de l'âge de la fistule, que la désunion partielle a lieu dans les fistules jeunes ; et que, malgré un état inflammatoire subaigu, on peut avoir une réunion parfaite s'il s'agit d'une fistule au delà de 3 mois ; que l'inflammation peut être localisée à la surface de la lumière, que dans ces cas de réinfection superficielle de la fistule, les meilleurs espoirs sont permis.

Enfin que les fistules tuberculeuses bénéficient aussi bien de cette méthode, mais il faut qu'il y ait fistule et non pas ulcérations ou abcès sans trajet. C'est en effet la notion du trajet qui est à la base de toute fistule vraie. C'est pour cela que nous avons dressé un dernier tableau :

Tableau en tenant compte de la perception du cordon.

Nombre	Age de la fistule	Désunion partielle	Guérison P. P.
2 obs. 3-31	3 mois	1	1
1 obs. 32.....	8 mois	1 (hématome)	1
1 obs. 5.....	9 mois	—	1
1 obs. 15.....	10 mois	—	1
1 obs. 24.....	12 mois	—	1
1 obs. 8.....	16 mois	—	1
1 obs. 29.....	4 ans	—	1

Nous voyons que le cordon peut être perçu à partir de 3 mois, qu'à partir de cet âge toute fistule qui présente un cordon peut être guérissable p. p.

Il y a un grand vide entre 3 mois et 8 mois, comme d'ailleurs dans le tableau n° 1 entre 4 et 8 mois. Aussi nous nous croyons autorisé à prendre une moyenne et dire que **TOUTE FISTULE AGÉE DE 6 MOIS OU PLUS, PRÉSENTE LE PLUS SOUVENT UN CORDON PERCEPTIBLE, ET EST UNE FISTULE GUÉRISSABLE PAR EXCISION ET SUTURE IMMÉDIATE SANS DÉSUNION.**

Dans ces divers chapitres, nous trouvons aussi l'explication des désunions partielles par petite infection. Ce

sont des fistules dont la virulence n'était pas encore atténuée et qu'il ne fallait pas encore opérer. Il y a des exceptions à toute règle, c'est ce que viennent confirmer les guérisons inespérées des 5 cas de fistules âgées de trois mois ou de moins.

— ANALYSONS MAINTENANT LES CAUSES D'ÉCHECS

Observation 13. — *Echec par désunion dans une fistule complète*, trans et intra-sphinctérienne; âgée de 1 mois présentant une chambre de suppuration.

Observation 16. — *Echec complet* chez un malade ayant présenté antérieurement 2 récidives après traitement par incision simple et mise à plat. Les matières liquides passaient par le trajet fistuleux, le malade présentait de grosses lésions de sclérose périnéale profonde. Il a fallu exciser très largement, réséquer et suturer le sphincter. Pour la suture et le capitonnage de la plaie, on a dû, en dedans, passer des points sur la tunique rectale et attirer celui-ci au dehors. Il s'agissait encore d'une fistule intra et trans-sphinctérienne avec chambre de suppuration. La récurrence datait de 2 mois.

Quelles ont été les causes d'échecs ?

L'Age de la fistule, nous y avons déjà insisté.

Les récidives antérieures. Par la grande quantité de tissus de sclérose à exciser, elles créent des délabrement étendues ne permettant pas un rapprochement facile. Il faut passer des points de capitonnage dans la tunique rectale. Celle-ci tire sur les sutures, ces dernières lâchent; ainsi doit se créer un espace mort qui ne tarde pas à être comblé par un épanchement rapidement infecté.

Nous y ajouterons les causes déjà connues et sur lesquelles insistent tous les auteurs :

L'excision partielle de la fistule ou d'un de ses diverticules.

M. le Professeur Delbet y a insisté tant par lui-même que dans les thèses de ses élèves.

M. le docteur Madier l'a réécrit dans le livre *Jubilairé* du Professeur Delbet.

Dernièrement encore, à la Société de Chirurgie, cette opinion a été exprimée par la plupart des chirurgiens :

« Les échecs sont dus à une excision incomplète, à ce qu'on a laissé une parcelle, si petite soit-elle de tissu pathologique » (Madier).

« Les échecs sont dus à ce qu'on a laissé une portion plus ou moins importante de tissu pathologique » (L. Bazy).

« On oublie trop souvent que la cause la plus fréquente des fistules est une lésion de la paroi rectale, lésion qu'il faut réséquer si on veut éviter les récidives » (J. Ch. Bloch).

« Même en employant, comme beaucoup, les injections colorées, il n'est pas certain de ne laisser échapper aucun diverticule ; cette opinion du Professeur Grégoire, montre l'importance qu'il attache, à ce point de technique, dans la production des récidives.

La mauvaise préparation du malade. C'est encore le Professeur Delbet et ses élèves qui y insistent. Dans la thèse d'Arsonneau nous trouvons un échec, par débâcle des matières le jour de l'opération (le malade n'ayant pas pris d'opium) un autre par l'impossibilité de constiper le malade malgré l'opium.

La mauvaise technique opératoire. Pour avoir un succès il est indispensable de bien capitonner.

Tout espace mort donne naissance à la désunion.

Une mauvaise indication opératoire. Nous la discuterons dans un chapitre à part.

CINQUIÈME CHAPITRE

INDICATIONS

Avant de les préciser, il faut s'entendre sur le terme de fistule anale ou péri-anale. Il ne faut pas croire, que toute lésion périanale ulcérée ou fistuleuse, est une fistule anale justiciable de l'extirpation et de la suture primitive, car ce serait courir à des échecs certains.

Une fistule anale est un trajet simple ou complexe, complet presque toujours, consécutif au cheminement d'une infection à point de départ anal, qui se fait insidieusement ou non. Ce trajet doit avoir une paroi organisée, épaisse, parfois même relativement très épaisse, doublée par du tissu de sclérose qui traduit son ancienneté ; il présente une grande solidité qui permet d'exercer sur lui sans le rompre des tractions très énergiques et il présente une continuité absolue qui permet de le considérer comme un ensemble pathologique d'une seule pièce.

Ainsi que cela a été dit précédemment, les cas les plus favorables sont les vieilles fistules. Ce sont ceux où il n'existe aucun signe inflammatoire, où la peau de la région (cicatrices mises à part) présente autour de l'orifice une coloration et une souplesse normales et où sous cette peau normale, on peut rouler le cordon dur caractéristique formé par le trajet vers l'anus. L'excision suivie de suture, ne doit être appliquée ni aux fistules d'origine osseuse, ni aux fistules qui accompagnent certaines lésions rectales, en particulier les rétrécissements, ni à celles qui traduisent extérieurement un volumineux tuberculôme péri-rectal.

Il ne faut ni considérer comme une fistule anale, ni opérer ainsi, un abcès chaud récemment ouvert et suppurant encore,

pas plus qu'une large ulcération tuberculeuse à bords décollés.

Enfin il est dangereux de s'attaquer aux fistules récidivées après plusieurs interventions chirurgicales. On se trouve alors en présence d'une région balafrée et déformée, d'un bloc cicatriciel creusé de multiples galeries. On arrivera à force de patience à pratiquer l'exérèse mais celle-ci laissera, un creux ischio-anal vidé de tout tissu mou et il sera impossible de capitonner et de saturer.

SIXIÈME CHAPITRE

COMPARAISONS AVEC LES AUTRES PROCÉDÉS OPÉRATOIRES

Il n'est pas une seule des méthodes que nous exposerons qui ne puisse être à l'abri de critiques ; de même il n'en existe aucune qui puisse d'une façon certaine mettre à l'abri des récidives.

Chacune a ses indications et ses contre-indications, et ne peut s'appliquer indifféremment. C'est dans cet esprit que nous ferons l'exposé des méthodes proposées et la critique de chacune d'entre elles en faisant ressortir, à bon escient d'ailleurs, les avantages de celle qui fait l'objet de cette thèse.

Voici ces procédés :

1^o LA LIGATURE. — Elle consiste, à couper progressivement, par le serrage d'un fil, toute l'épaisseur des tissus compris entre la fistule et la lumière rectale. Malgré les tentatives de rénovation de certains auteurs, elle ne sera pour nous qu'un souvenir historique ; de même que la ligature élastique d'Allingham.

2^o LA DILATATION. — Les dilatations successives du trajet fistuleux avec un laminaire suivies de « fistulotomie interne » à l'aide d'un instrument spécial « le fistulotome » a encore ses défenseurs parmi certains chirurgiens de l'Amérique du Nord ; c'est « l'Itinerat Method » ou Méthode de Mathews.

3^o L'INCISION. — La mise à plat de la fistule après curetage ou thermocautérisation, est celle qui est la plus communé-

ment employée. Elle est vraiment très simple ; c'est elle que l'on pratique couramment, en fin de matinée ou avant l'arrivée du Patron, dans presque tous les services. Elle est d'une exécution rapide ; elle n'exige ni une longue anesthésie, ni des connaissances techniques, ni une dextérité opératoire. Elle est à la portée de tous. On ne peut dire de cette méthode qu'elle n'ait pas donné de succès. Mais à quel prix ! Des pansements interminables, douloureux, gênants, tenant difficilement, demandant un horaire fixé par l'exonération quotidienne, des grands lavages, des cautérisations au nitrate d'argent et une surveillance vigilante et des plus sévères de la cicatrisation.

Elle expose au danger réel de l'incontinence dans les cas qui ont obligé à sectionner le sphincter. Cette incontinence n'est heureusement pas constante.

Enfin, elle ne met pas à l'abri des récidives. Combien avons nous vu de malades ré-incisés, remis à plat.

La durée de cicatrisation peut atteindre plusieurs mois
Ce ne sera pour nous qu'un pis aller.

4^o LES EXCISIONS. — Nous disons bien les excisions, car, tandis que les méthodes précédentes ne pouvaient arriver à enlever totalement les lésions, celles que nous allons décrire, ont au contraire à leur base, une extirpation complète. Ce sont :

— La résection simple.

— La résection en 2 temps ou procédé de Lockhard-Muméry.

— La résection avec suture partielle ou procédé de Stephen Smith.

— La résection avec abaissement d'un rideau muqueux ou procédé de Roblès-Cunéo.

— Le procédé de Gernez.

— La greffe de Delore.

— Enfin la résection suivie de suture immédiate complète ou procédé de Chassaignac-Delbet.

a) LA SIMPLE RÉSECTION. — Elle se rapproche beaucoup de la mise à plat, suivie de curetage ou thermocautérisation

des lésions. Mais elle a l'avantage de ne laisser aucun diverticule, ni de tissus nécrosés, entretenant la suppuration. Elle supprime les lésions qui constituent et qui sont à l'origine de la fistule. Elle peut s'appliquer aux fistules borgnes externes, qui ne vont pas jusqu'à la paroi rectale et aux fistules qui n'ont pas de rapports avec le sphincter. Dans ces cas, s'il fallait réséquer cet anneau musculaire, elle exposerait aux dangers de l'incontinence, autant que l'incision. Elle n'est donc pas applicable, d'une part aux fistules complètes (elle laisserait alors une communication permanente de la plaie avec la lumière rectale et pourrait conduire à un échec total) d'autre part aux fistules qui pourraient entraîner une résection du sphincter.

b) LA RÉSECTION EN 2 TEMPS OU PROCÉDÉ DE LOCKHARD-MUMÉRY. — S'adresserait aux fistules complexes en rapport avec le sphincter. Elle éviterait l'incontinence. Dans un premier temps, on commence par exciser tous les trajets extra-sphinctériens ; une fois la cicatrisation obtenue, il se trouverait formé autour et au-dessus du sphincter un tissu cicatriciel, fibreux qui l'envelopperait. On attend une quinzaine de jours et l'on excise le trajet sphinctérien en coupant ce muscle. Il faudrait l'inciser perpendiculairement à la direction de ses fibres. Pendant la cicatrisation de cette 2^e plaie, l'anneau fibreux circonférentiel du 1^{er} temps, rapprocherait les deux extrémités du sphincter sectionné et la reconstitution de l'anneau serait obtenue. Cette méthode dit son auteur, a donné des résultats excellents. Il ne le conseille pourtant pas, à ceux qui n'ont pas une grande expérience de la chirurgie du rectum.

Même si elle donne de très beaux résultats, elle nous paraît difficile à faire accepter aux malades, car elle exige 2 interventions ; d'autre part, peut-on affirmer qu'il se formera toujours un anneau cicatriciel pouvant rapprocher les deux extrémités du sphincter ? Cet anneau étant fibreux rapproche-t-il ?

Elle a pu donner d'excellents résultats entre les mains de son auteur, mais nous ne nous croyons pas autorisé à l'essayer car « il vaut mieux garder une fistule qui suppure,

que de s'exposer à une incontinence des matières » (Tillaux).

c) PROCÉDÉ DE STEPHEN-SMITH. — C'est la résection avec suture partielle et drainage.

Il a assurément donné de beaux résultats. Tout dernièrement encore, dans le rapport du Professeur Grégoire, sur le travail du docteur Cabanié de Tanger, il a été rapporté des succès. Nous l'avons essayé, chez une jeune femme qui présentait une fistule trans-sphinctérienne. Nous avons enregistré un échec. La malade se refusait à une nouvelle intervention. Nous avons pu la guérir par de petits moyens médicaux. Ce cas vient illustrer une fois de plus, les paroles du Professeur Delbet qui parlant de cette méthode a dit il y a déjà longtemps : « on remplace une fistule infectée par une fistule propre. »

d) PROCÉDÉ DE ROBLES-CUNÉO. — En 1924 le docteur Roblès, chirurgien guatémaltais, proposait au Professeur Cunéo alors à Lariboisière, l'emploi d'une technique originale.

Les principes de cette méthode résident dans les deux propositions suivantes :

a) Exciser la fistule et la lésion originale qui l'entretient. Cette lésion étant le plus souvent sur la paroi rectale.

b) Abaisser au-devant de la brèche rectale ainsi créé, un rideau muqueux et isoler ainsi complètement la fistule excisée.

Voici les différents temps opératoires, schématisés par le Professeur Cunéo, à la Société de Chirurgie, dans son rapport sur un travail de notre Maître le docteur Picot.

PREMIER TEMPS. — Après avoir circonscrit l'orifice cutané de la fistule, on isole le trajet de celle-ci jusqu'au niveau de son orifice rectal. La section du trajet à ce niveau, découvre nettement cet orifice de dimensions variables suivant les cas.

DEUXIÈME TEMPS. — L'anus ayant été préalablement dilaté, on écarte ses parois avec des valves et on découvre l'ori-

fice muqueux du trajet. On sectionne alors la muqueuse rectale au niveau de l'orifice, et on la décolle de bas en haut *aussi loin que possible en hauteur et sur la moitié au moins de la circonférence anale en largeur*. On enlève ensuite la muqueuse sous-jacente à l'orifice interne ; on procède alors à la fermeture, par un point en bourse, de l'orifice créé sur la tunique musculaire.

TROISIÈME TEMPS. — La muqueuse sus-jacente est alors abaissée, comme un rideau, au-devant de l'orifice ainsi fermé. Les chefs de la suture en bourse, sont fixés à la face profonde de la muqueuse, pour concourir au maintien de son abaissement. Mais celle-ci est assurée avant tout, par la fixation de la muqueuse à la peau de la marge de l'anus.

Il est bon de compléter la fermeture de l'orifice supérieur, par un ou deux points, placés sur la surface extérieure du rectum et de fermer par quelques points annulaires, la partie supérieure du canal laissé par l'extirpation du trajet. On se contente donc de fermer la partie supérieure de la brèche périnéale et de bourrer sa partie inférieure par une mèche.

C'est à propos de 4 observations de fistules extra-sphinctériennes complètes, traitées par cette méthode que le Professeur Cunéo fit son rapport.

Quels sont les inconvénients techniques de cette intervention ? nous n'en voyons qu'un seul, le décollement de la muqueuse rectale.

Il faut aller très haut, d'autant plus que l'orifice interne est plus haut. Il ne faut pas que la suture cutanéomuqueuse tire. A cette fin et pour gagner en hauteur, on est obligé d'élargir le décollement dans le sens circonférentiel. Sur les 4 observations présentées, on a décollé, 3 fois la moitié de la circonférence anale et une fois (obs. 2 du docteur Picot), la muqueuse s'étant déchirée au niveau de l'orifice interne, le décollement a dû être poussé sur les $2/3$ de cette même circonférence.

Que deviennent les malades ultérieurement ?

La scoliose imprimée au rectum s'arrange-t-elle définitive-

ment ? Ne sont-ils pas exposés à un rétrécissement cicatriciel ? Nous n'avons aucun renseignement sur les suites éloignées.

C'est d'autre part, encore le décollement qui est le grand danger pour l'infection. A la fin de l'intervention, il se forme un espace mort au niveau de la partie sous-jacente à l'ancien orifice muqueux. La production d'un petit hématome dans la partie déclive de cet espace c'est-à-dire au niveau de la suture muco-cutanée, peut bien être à l'origine d'une infection légère. Les sutures peuvent alors lâcher, et ceci constituerait un échec pour le temps capital et original de l'intervention.

Nous trouvons dans un article documenté du docteur Rueda Vargas, paru en février 1934 dans la *Revista Medica de Bogota*, 22 observations de fistules anales, traitées par cette méthode, par différents chirurgiens. Il n'y a pas le moindre incident post-opératoire de signalé. Devant pareils résultats on est tenté de se demander si toutes les observations sans distinctions ont bien été publiées ?

Une autre question est celle de la durée de la cicatrisation ? Elle serait de 4 à 6 semaines. Nous voyons que ce chiffre est très loin, de la moyenne, que donne le procédé de Chassaignac-Delbet.

Nous signalerons pour terminer ce chapitre, les diverses modifications qu'ont apportés à la méthode initiale, le Professeur Cunéo d'une part, le docteur Robert Abbe de New-York d'autre part.

MODIFICATIONS DU PROFESSEUR CUNÉO. — La fermeture de l'orifice muqueux rectal se fait par suture extérieure et porte sur la musculature rectale seulement.

Pour la plastie muqueuse, voici ce qu'il conseille :

— Fendre verticalement celle-ci, en allant de l'orifice interne vers l'anus. Décoller les deux lèvres de cette incision.

— Taille d'un lambeau triangulaire, sus-jacent à l'orifice fistuleux, la pointe du lambeau correspondant à cet orifice.

Ce lambeau, largement décollé, est abaissé au devant de

l'orifice et suturé par ses bords, aux lèvres de l'incision verticale. La base du lambeau, recouvre ainsi, l'orifice primitivement interne de la fistule.

MODIFICATIONS DU DOCTEUR ROBERT ABBE (NEW-YORK). — L'intervention commence comme dans le procédé de Roblès-Cunéo ; mais diffère pour la partie muqueuse ; après avoir extirpé l'orifice interne et la partie sous-jacente, on fait une suture longitudinale.

Nous comprenons très bien que le Professeur Cunéo, ait voulu par ses modifications, réduire le décollement en hauteur et surtout en largeur au niveau de la marge ; mais nous ne voyons aucun avantage dans la technique du docteur Robert Abbe.

e) PROCÉDÉ DE GERNEZ. — Dans la même séance que celle de la communication du Professeur Cunéo, en 1924 à la Société de Chirurgie, le docteur Gernez, chirurgien des Hôpitaux de Paris, au cours de la discussion qui suivit, signala son procédé.

« J'incise largement, d'avant en arrière la fosse ischio-rectale, l'extrémité antérieure remontant très en avant sur le périnée, la postérieure allant jusqu'au bord latéral du coccyx ou se recourbant en arrière, parallèlement au cercle du sphincter. Cette incision passe par la fistule en la circonscrivant. Cette dernière étant enlevée et son abouchement intestinal étant suturé en bourse si elle est communicante, j'applique le lambeau cutané interne, contre la paroi interne intestinale de la fosse ischio-rectale. Je fixe ce lambeau en haut, au plafond de la fosse et je tamponne la fosse largement ouverte, laissant l'épidermisation de la paroi externe se faire de la fesse vers la profondeur. »

On pourrait dans certains cas, faire une incision en fer à cheval circonscrivant l'orifice anal.

Il s'agit en somme : d'une excision, suivie de suture partielle portant sur le lambeau interne, avec tamponnement de la lèvre externe.

Ce procédé paraît avoir donné des résultats constants. Dernièrement le docteur Moulonguet, chirurgien des

Hôpitaux, les signalait à la Société de Chirurgie. Mais est-il applicable aussi facilement qu'il est décrit ? Il faut un lambeau interne étoffé, qui puisse subir la rotation nécessaire à son application sur la face rectale externe. Il faut d'autre part qu'il soit bien vascularisé. Enfin le temps de guérison que donne le docteur Gernez lui-même et qui serait de 3 mois, nous paraît un peu long, pour une méthode qui tache d'améliorer la mise à plat et l'excision sans suture.

f) **PROCÉDÉ DE DELORE.** — Ce chirurgien en 1913, dans une communication à la Société Nationale de Chirurgie, présenta le cas d'une fistule anale consécutive à un phlegmon ischio-anal qui récidiva après un premier traitement chirurgical. Il fut réopéré une seconde fois par résection. La perte de substance qui en résulta paraissant très étendue, Delore tailla sur la fesse un lambeau cutanéograsseux qu'il invagina dans la plaie. Il obtint une guérison parfaite.

Lécène dans son traité de thérapeutique chirurgicale, signale un succès personnel sur un malade très obèse, porteur d'une fistule longue de 8 centimètres, consécutive à l'ouverture d'un abcès ischio-rectal.

Ces cas restent isolés et comme le disent Lecène et Leriche, cette méthode « est de résultat très incertain et ne résout pas, par conséquent, le problème du traitement des fistules de la fosse ischio-rectale ».

Signalons en passant, que dans le traitement des grandes pertes de substances consécutives à l'excision de fistules extra-sphinctériennes, Moscowicz et Payr avaient conseillé l'auto-plastie par lambeau fessier.

G. — Nous terminerons en disant que le docteur Fiédrich Rudofsky de Prague, dans un article paru dans le *Zentralblatt für Chirurgie* en 1933, conseille dans le traitement de toutes les fistules extra-sphinctériennes, l'établissement d'un anus contre-nature préalable. Ceci nous paraît disproportionné, quand nous voyons ce que l'on peut obtenir à meilleur compte. Mais il est des cas où cette suggestion pourrait être retenue. Ce sont ceux, où les récidives successives, les interventions répétées, arrivent à créer une perte de subs-

tance très étendue, presque un évidement complet de la fosse ischio-anale.

COMPARONS MAINTENANT LA MÉTHODE QUI FAIT L'OBJET DE CETTE THÈSE, AVEC TOUTES CELLES QUI ONT ÉTÉ EXPOSÉES :

« — La ligature et les dilatations sont d'un autre temps. L'incision suivie de mise à plat, est une méthode longue, douloureuse, pénible, et qui n'exclut pas les récidives.

« — Nous ne nous aventurerons pas à appliquer le procédé de Lockhard-Muméry, il est compliqué, très incertain et demande deux interventions.

« — La résection simple est améliorée par le procédé de Stephen Smith. Mais il met assez longtemps à guérir et est sujet à de fréquentes récidives. Nous avons déjà dit, l'écueil que nous craignons dans le procédé de Gernez.

« — Il ne nous reste à discuter que le procédé de Roblès-Cunéo. Il paraît donner des résultats constamment parfaits. Nous lui reprochons d'être plus long et plus compliqué que le procédé de Chassaignac-Delbet et ne connaissant pas les complications immédiates et les séquelles qu'il peut engendrer, nous ne pouvons le conseiller.

« — Pour toutes ces interventions, nous dirons qu'elles demandent un temps de cicatrisation qui est incomparablement plus long que la méthode que nous défendons. En effet notre moyenne de guérison est de 11 jours ; les désunions partielles ont guéri en une moyenne de 18 jours et la désunion complète en 41 jours. Nous n'avons qu'un seul échec complet avec persistance de la fistule.

Que reproche-t-on à la méthode de Chassaignac-Delbet ?

L'infection grave qu'elle peut déterminer, par fermeture primitive !

L'expérience de notre Maître le docteur Madier, la lecture de ses observations et de ses feuilles de température, nous autorisent à ne pas partager les craintes exagérées qui ont été formulées, au sujet d'infections graves qui iraient jusqu'à compromettre l'existence.

Il est un dernier point que nous étudierons en terminant, c'est l'avenir du sphincter après ces interventions.

Toutes les techniques, sauf celles de Gernez, de Roblès-Cunéo et de Chassaignac-Delbet, peuvent être amenées à

sectionner le sphincter, tandis que la conduite opératoire suivie vis-à-vis du sphincter est la même dans ces 3 dernières méthodes : dans les fistules trans-sphinctériennes, on dissèque le trajet et au moment de son passage à travers ce muscle, on écarte ses fibres, parfois on sacrifie quelques trousseaux fibreux, si le trajet passe très haut ou très bas. D'autrefois, s'il y a sclérose fibreuse du sphincter, ce sont surtout le fait de fistules récidivées, on peut être autorisé à réséquer la partie inextensible du muscle et à faire une suture immédiate soignée. C'est ce qui a été fait dans l'observation 16. Dans aucun des cas, il n'y a eu incontinence. La méthode ne peut donc pas être accusée de cette complication.

L'exposé de ces divers procédés démontre, que de tous temps, les chirurgiens ont rencontré de grandes difficultés dans le traitement des fistules anales. Nous croyons que l'excision complète suivie de suture ou méthode de Chas-saignac-Delbet, est une des meilleures ; car, elle est d'une exécution relativement facile, elle ne demande pas de décollements muqueux, ni un temps opératoire supplémentaire, elle est la plus logique car elle tâche, après excision de reconstituer la région opératoire d'une façon anatomique et esthétique, elle n'est chargée d'aucune complication grave, elle donne des résultats parfaits, enfin elle l'emporte sur toutes les autres méthodes en ce qui concerne le délai exigé pour la guérison, c'est par elle en effet que celle-ci est obtenue dans le minimum de temps.

CONCLUSIONS

1^o Le traitement des fistules anales n'a fait pendant longtemps que de très faibles progrès. Depuis la plus haute antiquité les procédés généralement employés, en particulier la mise à plat, exigent des pansements douloureux, demandant un long délai de guérison et ne donnant pas des résultats constants.

2^o Les procédés d'excisions ont marqué un progrès notable. L'excision suivie de suture immédiate paraît être le procédé idéal.

3^o Parmi les techniques qui aboutissent à ce résultat, nous nous sommes attaché à montrer la valeur de la méthode de Chassaignac-Delbet, telle qu'elle a été employée, avec de légères modifications, par notre Maître le docteur Madier, dans 43 observations.

4^o Cette méthode présente les avantages suivants : elle évite toujours la section du sphincter dans les fistules trans-ou extra-sphinctériennes, elle donne une cicatrisation rapide (11 jours en moyenne) sans pansements douloureux, sans troubles de la défécation avec un résultat esthétique excellent.

5^o Elle n'a donné lieu, dans nos observations, à aucune complication importante et en particulier à aucune de ces infections graves qui avaient effrayé ses premiers détracteurs.

6^o Cette méthode est particulièrement indiquée, dans les

fistules déjà anciennes, datant de plus de six mois, où l'on sent par la palpation un cordon induré.

7^o Elle sera rejetée, en cas d'abcès récent fistuleux, d'ulcération tuberculeuse étendue, de fistule symptomatique d'une lésion rectale ou osseuse, et également, dans les fistules récidivées, déjà plusieurs fois opérées, qui nécessiteraient un large évidement du creux ischio-anal ne permettant plus le rapprochement de la plaie.

8^o Les résultats obtenus dans 43 observations sont les suivants : 32 guérisons *per primam* soit 74 % avec une moyenne de 11 jours environ.

9 désunions partielles soit 20 % avec une moyenne de 18 jours environ.

2 échecs soit 5 % avec un échec total et une guérison au bout de 41 jours.

9^o Elle mérite donc de prendre la place de prédilection que nous lui assignons dans le traitement des fistules anales.

VU : *Le Président de la thèse,*

CH. LENORMANT.

VU : *Le Doyen,*

G. ROUSSY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

On ne trouvera ici que les travaux qui ont été utilisés pour la rédaction de notre Thèse, ceux qui ont été consultés sans fin utile n'y figurent pas.

ARSONNEAU. — *Réunion par première intention des fistules à l'anus* (Thèse, Paris, 1901).

Association française pour l'avancement des sciences (36^e session, Reims, 1907, séance du 2 août 1907).

BAZY (L.). — L'exploration des trajets fistuleux péri-anaux (*Société de Chirurgie*, mars 1935, n^o 10).

BEGOUIN, BOURGEOIS, DUVAL, GOSSET, JEANBRAU, LECÈNE, LENORMANT, PROUST, TIXIER. — *Précis de Pathologie Chirurgicale*, 1913.

BARGE (P.). — Thèse de Paris, 1901. — *Contribution au traitement chirurgical des fistules à l'anus*.

BUIE (L.-A.). — Fistulectomy (*Tr. Soc. Surg. Gen. et abd. A. M. A.* 1931).

CHASSAIGNAC. — *Leçons sur l'écrasement linéaire* 1856.

CUNÉO et PICOT. — Traitement des fistules extra-sphinctériennes (*Société Nouvelle Chirurgie*, 1924, p. 642).

CABANIE (Rapport du Professeur R. Gnégroire). — Résultats du traitement des fistules anales par excision complète suivie de suture partielle (*Société Nouvelle de Chirurgie*, mars 1935).

CHISHOLM. — *Surgery, Gynecology, and obstetric.*, mars 1932).

DAMAS. — *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 1899.

VALLE YODICE (D. Del). — Étiologie, anatomie pathologique et traitement chirurgical des fistules à l'anus. Observations basées sur l'étude de 300 cas. *Semana medica*, juillet 1933.

DELORE. — *Autoplastie graisseuse dans les fistules anales*.

FAURE (J.-L.) et RIEFFEL. — *In traité de chirurgie de Duplay et Reclus*, 1898.

FORGUE. — *Précis de Pathologie Externe*, 1917.

HAYES (H. T.). — Traitement des cas difficiles de fistules à l'anus. *Tr. Am. Prot. Soc.*, 1933.

LONGO. — *Recherches sur la cure rapide de la fistule anale* (Thèse, 1887).

LECÈNE et LERICHE. — *Thérapeutique Chirurgicale*, 1926.

- LLOBET. — *Revue de Chirurgie*, 1892. Mai. Considérations sur le traitement des fistules anales.
- LEGRAS. — *Du traitement des Fistules à l'anús par l'excision et la suture immédiate* (Thèse de Paris, 1892).
- QUENU. — *Société Nationale de Chirurgie*, séance du 5 octobre 1887.
- RUEDA-VARGAS. — *Technica operatoria en el tratamiento de las fistulas ano-rectales extra-esfinterianans*. *Revista Medica de Bogota*, février 1934.
- RECLUS, KIRMISON, PEYROT, BOUILLY. — *Manuel de Pathologie Externe*, 1903.
- ROUX (J.). — Thèse de Paris 1899. *De la fistule à l'anús et particulièrement de la variété intra-sphinctérienne. Etude clinique et thérapeutique*.
- RUDOLFSKY (F.). — *Zur Behandlung der extra-sphinkteren Afterfistel*. *Zentralblatt für Chirurgie*, 1933.
- RICARD et LAUNAY. — *Thérapeutique Chirurgicale*, 1903.
- STEPEN SMITH. — *The immediat closure ans rapid cure of fistula in ano*. *New York medical Record*, 1886.
- SCHWARTZ. — *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1888.
- SUREL. — *Contribution à l'étude de la réunion immédiate dans le traitement des fistules à l'anús* (Thèse, Paris, 1888).
- VECHERE. — *France Médicale*, septembre 1888.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
CHAPITRE PREMIER	
Historique	7
DEUXIÈME CHAPITRE	
Technique	11
Modes d'exploration du trajet fistuleux et de ses orifices.....	13
Préparation du malade.....	21
L'intervention.....	22
Variantes dans la technique.....	43
Suites opératoires normales	46
Complications post-opératoires	48
TROISIÈME CHAPITRE	
Observations	50
QUATRIÈME CHAPITRE	
Déductions	74
Déductions anatomo-pathologiques	74
« étiologiques	78
« statistiques opératoires	79
Causes d'échecs	83
CINQUIÈME CHAPITRE	
Indications	85
SIXIÈME CHAPITRE	
Comparaison avec les autres procédés opératoires.....	87
Ligature, dilatation, incision.....	87
La résection simple.....	88
Procédé de Rockhard-Muméry.....	89

Procédé de Stephen-Smith.....	90
Procédé de Roblès-Cunéo	90
Procédé de Gernez	93
Grefte de Delore.....	94
Comparaison avec la méthode de Chassaignac-Delbet.....	95
Conclusions	97
Bibliographie	99

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie R. BUSSIÈRE. — 12-6-1935.

